This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

3 2044 103 213 898

HARVARD LAW LIBRARY

FROM THE LIBRARY

OF

ERNST LANDSBERG

Received July 15, 1932

Germany

Vorlesungen

über

Soziale Medicin

von

Dr. Th. Rumpf

ordentlichem Honorar-Professor und Professor der sozialen Medicin
an der Universität Bonn.

Leipzig 1908.

Verlag von Georg Thieme.

JULY 15 - 1932

Druck von C. Grumbach in Leipzig.

Vorwort.

Ughetti führt in seinem Buch „Zwischen Ärzten und Klienten" mit Recht aus, daß die Heilkunst und die Ärzte zu allen Zeiten das geworden sind, was ihre Zeit verlangte. Eine Zeit, wie die jetzige, welche mehr als jede frühere der Lösung sozialer Aufgaben sich zuwendet, muß demgemäß verlangen, daß die Allgemeinheit der Ärzte für diese wichtigen Aufgaben erzogen wird. Gewiß haben hervorragende Ärzte zu allen Zeiten auch ohne Unterricht auf diesen Gebieten Hervorragendes geleistet; daß jahrelange Arbeit und Erfahrung ihren Bestrebungen und Erfolgen vorangehen mußten, darf indessen nicht vergessen werden.

Die heutige Zeit verlangt aber, daß schon der junge in die Praxis tretende Arzt weitgehende Kenntnisse aller Beziehungen von Kranken und Ärzten zu Krankenkassen, sowie staatlichen und privaten Versicherungsanstalten, Kenntnisse der Bestrebungen und Einrichtungen zur öffentlichen Wohlfahrt, der Verpflichtungen gegen den Staat und seine Verwaltungs- und Gerichtseinrichtungen, gegenüber dem Bürgerlichen und Strafgesetzbuch und allen Anforderungen des ärztlichen Standes und seiner Vertretungen mitbringt. Die völlige Ausbildung in allen diesen Gebieten kann erst die Erfahrung in längerer Tätigkeit bringen. Aber auf der Universität kann und muß die Grundlage für das Verständnis der sozialen Medizin und ihrer Bedeutung im ärztlichen Leben gelegt werden.

Der Schwerpunkt des Unterrichts liegt natürlich in dem mündlichen Vortrag mit Erläuterungen. Wenn ich trotzdem dem Wunsche des Verlegers und mancher Schüler nachgekommen bin und meine Vorlesungen in knapper Form der Veröffentlichung übergebe, so geschieht es, weil ich die Verpflichtung fühle, das von mir vertretene Gebiet einigermaßen zu umgrenzen und Schülern und Ärzten einen Leitfaden in ihrer vielverzweigten praktischen Tätigkeit mitzugeben. Noch ist die Bedeutung dieser Unterrichtsgebiete vielen älteren Vertretern der Heilkunde fremd; es wird betont, daß die soziale Medizin kein umgrenztes Fach sei, aber welches Fach der Heilkunde ist umgrenzt? Mauern und Grenzsteine sind das Werk besitzängstlichen Menschengeistes.

Andere haben betont, daß selten ein einzelner Arzt die Vorbedingungen erfülle, um sämtliche Zweige der sozialen Medizin zu umfassen. Dem stimme ich insofern zu, als es unmöglich ist, daß der einzelne in allen Teilgebieten sich spezialwissenschaftlich betätigt. Ich zweifle auch nicht, daß im Lauf der Zeit einzelne Zweige der sozialen Medizin an Umfang zunehmen und zu selbständigen und segensreichen Disziplinen auswachsen werden. Auf diesem Wege wissenschaftlicher und praktischer Arbeit liegen viele zukünftige Fortschritte unserer Kultur. Heute gilt es zunächst unter Berücksichtigung fremder und eigener Arbeiten auf diesen Gebieten die Ärzte mit alten und neuen Aufgaben vertraut zu machen, deren Lösung nur unter Mitwirkung der biologischen Wissenschaften möglich ist. Ein allgemeiner Nutzen darf aber nur dann erwartet werden, wenn der Nachweis eines erfolgreichen theoretischen und praktischen Unterrichts vor der Zulassung zur ärztlichen Prüfung oder vor der Approbation erbracht wird.

An dem bewegten Leben unserer Zeit muß naturgemäß jeder teilnehmen, der Schüler in die soziale Medizin einführen will. In Aussprache mit Ärzten und Männern aus der Praxis muß er jene Korrektur für manche Gedanken suchen, welche vielleicht zu theoretisch sein könnten. Ich bin in dieser Beziehung vielen Herren dankbar. An erster Stelle nenne ich Herrn Sanitätsrat Dr. Dormann in Düsseldorf, weiterhin Herrn Dr. Kömstedt in Lobberich und last not least Herrn Dr. Hartmann in Leipzig-Connewitz.

Diesen geschätzten Kollegen und allen, welche mir freundlichst Auskunft gegeben haben, ohne daß sie die Nennung ihres Namens wünschten, sei auch an dieser Stelle gedankt.

Bonn, im Januar 1908.

Th. Rumpf.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Erste Vorlesung.
(Einleitung, soziale Gesetze, soziale Medizin, Inhalt der sozialen Medizin: Krankenversicherung, Unfallheilkunde, Invalidenversicherung, Pflichten und Rechte der Ärzte, Ärztekammern, Ehrengerichte, Ärztliche Vereine, Ethik des Arztes.) 1

Zweite Vorlesung.
(Approbation, Spezialart, Niederlassung, Anzeige derselben, Sprechstunden, Hausbesuche, Konsultationen, Vertretungen.) 17

Dritte Vorlesung. Das Krankenversicherungsgesetz.
(Versicherungszwang, fakultative Versicherung, freiwillige Versicherung, Krankenkassen, Beitrag, Aufsichtsbehörde, Leistungen der Kassen.) 28

Vierte Vorlesung. Ärzte und Krankenkassen.
(Unzufriedenheit der Ärzte, Unterbietungen, Leipziger Verband, freie Arztwahl, paritätische Einigungskommissionen, Aufgaben des Kassenarztes, Honorierung, Einzelleistung und Pauschale, Hilfskassen, Verbesserung des Krankenversicherungsgesetzes, der Arzt als hygienischer Beirat der Kasse.) 38

Fünfte Vorlesung. Die Unfallversicherung.
(Haftpflichtgesetz von 1871, Zwangsversicherung der Unfallgesetze, Umfang der Versicherung, Krankenkassenpflichten, ärztliche Behandlung usw., Renten, Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung, Reichsversicherungsamt, Feststellung des Unfalls.) 54

Sechste Vorlesung. Arzt und Unfallversicherung.
(Betrieb und Unfall, Schädigung des Körpers oder Geistes, Verschlimmerung bestehender Leiden, Heilverfahren, Vollrente, Hilfslosenrente, Teilrente, Gutachten der Ärzte.) 64

Siebente Vorlesung. Die Invaliditäts- und Altersversicherung.
(Versicherungspflicht und freiwillige Versicherung, Aufbringung der Mittel, Erwerbsunfähigkeit, Invalidenrente, Heilverfahren, Tuberkulose, Nervenleiden usw., wohltätige Anstalten, Rentenverfahren, Schiedsgerichte.) . . . 76

Achte Vorlesung. Arzt und Invalidenversicherung.
(Ärztliche Tätigkeit im Rentenverfahren, Kosten des Gutachtens, Vertrag der Ärztekammer mit der Landesversicherungsanstalt, untere Verwaltungsbehörde, Schwierigkeit der ärztlichen Beurteilung, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Invalidität der Bergleute, ärztliche Gutachten für Heilverfahren, Aufträge der Landesversicherung an Ärzte.) 85

Neunte Vorlesung. Arzt und private Versicherung.
(Unfallversicherung, Haftpflichtversicherung, Hausarzt und Vertrauensarzt, ständige Kommission, Lebensversicherung auf Todesfall, auf Lebensalter, Aufnahmebedingungen, Zahlungsbedingungen, Vertrauensarzt, Untersuchungsformulare, Beschlüsse der Einigungskommission zwischen Lebensversicherungsgesellschaften und Ärzten, Honorierung der ärztlichen Tätigkeit.) 90

Zehnte und elfte Vorlesung. Die ärztliche Untersuchung und Begutachtung mit Berücksichtigung der Simulation und Dissimulation von Krankheitserscheinungen.
(Ausnutzung der Versicherungsgesetze, Ablehnung kleiner Eingriffe, schwierige Lage der Ärzte, Gutachten, Gang der Untersuchung, Suggestion und Hysterie, Unterscheidung gegenüber Krankheiten, Epilepsie, Kontusionen des Kopfes, Fraktur der Schädelbasis, Kopfschmerzen, Vertigo, Schlaflosigkeit, Herz- und Lungenkrankheiten, Magen- und Darmblutungen, Nierenkrankheiten, Lähmungen, Monoplegie, Lumbalneuralgie, Ischias, Kontrakturen, Zittern, Neurasthenie, Hysterie, Fibrilläre Muskelzuckungen, Selbstverletzungen, Sinnesorgane, Geisteskrankheiten, Täuschung bezüglich Rückenmarkskrankheiten und nicht versicherungspflichtiger Verletzungen, Simulation bei vorhandener Krankheit.) 99

Seite

Zwölfte Vorlesung.
(Weitere Aufgaben des Arztes, der Arzt als Zeuge und Sachverständiger, Impfarzt, Armenarzt, Schularzt, Bahnarzt, Knappschaftsarzt, hygienische Aufgaben der Ärzte, Apotheker, Hebammen, Krankenpflege, Kurpfuschertum.) . 142

Dreizehnte Vorlesung. Arzt und Gewerbehygiene.
(Ackerbau und Industrie, Tuberkulose und Fleischnahrung, gesetzlicher Gewerbeschutz, jugendliche Arbeiter und verheiratete Frauen, Staubkrankheiten, chemisch schädlicher Staub, Tabakindustrie, Bleivergiftung, Phosphor, Quecksilber, Arsenik, Schwefelkohlenstoff, Nitrobenzol, Phosphoroxychlorid, Ankysostomum duodenale, Glasbläser.) 153

Vierzehnte Vorlesung. Arzt und Medizinalverwaltung.
(Der Arzt als Medizinalperson, Anzeigepflicht übertragbarer Krankheiten, Diagnose der Infektionskrankheiten, Untersuchungsinstitute, Zusendung infektiösen Materials, Bazillenträger, Isolierungsmaßnahmen, Wohnungen, Schulen, Kreisarzt, Gesundheitskommission, Medizinalrat, Minister der Medizinalangelegenheiten, wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, Reichsgesundheitsamt.) 164

Fünfzehnte Vorlesung. Ärztekammern und ärztliche Ehrengerichtsbarkeit.
(Ärztliche Standesvertretung, Ärztekammer, Ärztekammerausschuß, Verhandlungsgegenstände der Ärztekammern und des Ausschusses, ärztliche Ehrengerichte und der Ehrengerichtshof, ärztliche Ethik, Strafen der Ehrengerichte, Berufstätigkeit, Verfehlungen gegen die Strafgesetze, ärztliche Atteste, Verweigerung ärztlicher Hilfe, Stellung eines Vertreters, Pflichten der Ärzte untereinander, Kämpfe um Verbesserung der Stellung, um freie Arztwahl, Notwendigkeit von Einigungskommissionen, dringende Krankheitsfälle, Abbruch der Standesbeziehungen zu Ärzten, Naturheilverfahren, Ansehen der Ärzte.) 175

Sechzehnte Vorlesung. Arzt und Recht I.
(Dienstvertrag, Geschäftsfähigkeit der Kranken, Geschäftsführung ohne Auftrag, dringende Fälle, widerrechtliche Körperverletzung, die Auffassung des Reichsgerichts im Gegensatz zur Auffassung von Ärzten und Juristen, Kunstfehler und fahrlässige Körperverletzung, Ersatzpflicht des Arztes, Haftung für Assistenten und Pflegepersonal, Zeugnisse wider besseres Wissen und durch Fahrlässigkeit, unzüchtige Handlungen, Notzucht, Fruchtabtreibung.) . 194

Siebzehnte Vorlesung. Arzt und Recht II, ärztliches Berufsgeheimnis.
(Fahrlässige Verletzung des Berufsgeheimnisses, Briefe und Bücher des Arztes, Gehilfen und Assistenzärzte, Begriff des Geheimnisses, die befugte Offenbarung, Kollision der Pflichten, Bedeutung der Verbrechen für die Schweigepflicht des Arztes, ansteckende Erkrankungen und Schweigepflicht, gerichtliches Zeugnis und Schweigepflicht, Syphilis, die Offenbarung von Syphilis und Tuberkulose als Notwehr, als Schutz der anvertrauten Klienten, Schweigepflicht des Arztes im Interesse des Patienten.) 212

Achtzehnte Vorlesung. Das ärztliche Vereinsleben und seine Bestrebungen.
(Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte, ältere und jüngere ärztliche Vereine, der deutsche Ärztevereinsbund und seine Leistungen, der Leipziger Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, Bedingungen zur Einführung der freien Ärztewahl, Sonntagsruhe, Auswüchse des Spezialistentums und seine Bekämpfung, ärztliches Fortbildungswesen, Buchführung und ärztliches Honorar, Hausarzttätigkeit, Versicherung gegen Unfälle, Haftpflicht, Invalidität, Sorge für die Familie, ärztliches Unterstützungswesen, Schlußwort.) 227

Literatur 242

Anhang.
Die für den Arzt wichtigsten Gesetze und Verordnungen . . 246
Namenregister 285
Sachregister 287

Erste Vorlesung.

(Einleitung, Soziale Gesetze, Soziale Medizin, Inhalt der sozialen Medizin: Krankenversicherung, Unfallheilkunde, Invalidenversicherung, Pflichten und Rechte der Ärzte, Ärztekammern, Ehrengerichte, Ärztliche Vereine, Ethik des Arztes.)

Die Anschauungen über die Rechte und Pflichten des einzelnen Menschen gegenüber der Allgemeinheit und umgekehrt wechseln mit der Entwicklung eines Volkes und seiner Glieder. Soll ein Staatswesen gedeihen, so müssen die Vertreter desselben rechtzeitig zwischen dem Egoismus und den Pflichten gegenüber dem Staat ein angemessenes Verhältnis schaffen. Ein derartiger, die Entwicklung der wirtschaftlichen Kräfte vielfach hemmender Eingriff pflegt zweckmäßigerweise erst dann zu erfolgen, wenn Mißstände und Unzuträglichkeiten sich ergeben haben.

In Deutschland hatten die Entwicklung und Ausbreitung der Industrie und die Bemühungen auf dem Weltmarkte, infolge der damals geringeren Löhne als in England, reiche Erfolge zu verzeichnen. Aber die Loslösung einer großen Zahl von Arbeitern und ihren Familien von der alten Heimat, der Zusammenfluß an den Industriezentren mit ihren höheren Löhnen, die größeren Gefahren für Gesundheit und Kräfteverbrauch, teils durch den Betrieb, teils durch unzweckmäßige Lebensgewohnheiten, mangelnde Fürsorge seitens der Gemeinden und des Staates, bedingten gegenüber den Lichtseiten der neuen Entwicklung auch starke Schattenseiten.

Geschürt von Agitatoren entwickelte sich eine Unzufriedenheit der arbeitenden Klassen, und die in der ersten Entwicklung kaum beachtete Sozialdemokratie mit ihren teilweise utopischen Bestrebungen zeigte durch ihr Wachstum und die proklamierten Tendenzen einer Umwälzung, daß neue Aufgaben zur Erhaltung des Staatswesens unabweislich waren.

Es muß als eine der ersten Ruhmestaten des großen Kaisers Wilhelm I. bezeichnet werden, daß er unter Mitwirkung seines unvergeßlichen Kanzlers den Weg zur Bürgschaft des inneren Friedens zeigte und jene Gesetzgebung ankündigte und ins Leben rief, die in der Folge unter dem Namen soziale Gesetze neue Auffassungen der Pflichten bedingte und fortwirkend weiter gestaltet. Um die Aus-

gestaltung und erste Ausführung dieser Gesetze hat sich, wie Ihnen gewiß bekannt, der vor Jahresfrist verstorbene erste Präsident des Reichsversicherungsamts, Dr. Bödiker, bleibende Verdienste erworben.

Das Wort „sozial" erfuhr durch diese Gesetzgebung und in der Folge eine Umprägung, in der Art, daß die ethischen Pflichten der Allgemeinheit für den einzelnen und umgekehrt darunter zusammengefaßt wurden, altbekannte Pflichten, dem Gebiete christlicher Nächstenliebe zugehörend, die bestimmt waren, in dem nicht zu vermeidenden Kampf um das Dasein mildernd und versöhnend zu wirken.

Im Anschluß an die soziale Gesetzgebung entsteht auch das Wort soziale Medizin, zunächst von dem Gedanken ausgehend, daß die soziale Gesetzgebung in hervorragendem Maße einer entsprechenden ärztlichen Tätigkeit bedarf. Aber auch der Begriff der sozialen Medizin erfährt in der Folge eine weitere Fassung, indem zunächst die ethischen Beziehungen der Ärzte untereinander, sodann zu der ärztliche Hilfe heischenden Bevölkerung und zum Schlusse zum Staat, seinen Einrichtungen und Gesetzen einbegriffen wurden. In jüngster Zeit ist auch der Versuch gemacht, einen Teil der Hygiene als soziale Hygiene abzuschalten.

Von den unter die Bezeichnung „soziale Medizin" zusammengefaßten Aufgaben war ein Teil völlig neu; ein anderer Teil erfuhr, der neuzeitlichen Entwicklung entsprechend, unter neuem Namen eine wesentliche Ausgestaltung. Denn die Medizin hatte es von jeher mit der Allgemeinheit zu tun und war demgemäß eine soziale Wissenschaft.

Seltener sucht der Forscher in einsamer Arbeit die biologischen Vorgänge im Menschen kennen zu lernen nur der Wissenschaft halber, häufiger, um sie zum Nutzen der Menschen zu verwenden. Wenn auch die Ergebnisse medizinischen Wissens und Könnens der Allgemeinheit zugute kommen, so geschieht das doch auf verschiedene Weise. Die älteste Art besteht naturgemäß darin, daß der Heilkundige dem Bedürftigen seinen Rat und seine Hilfe zuteil werden läßt, Beziehungen, die sich heute in die Worte Arzt und Patient zusammenfassen lassen. Aber schon verhältnismäßig früh entwickelte sich als Staatsarzneikunde ein anderer Teil der medizinischen Tätigkeit, der darin fußte, den Staatsbehörden die aus der medizinischen Wissenschaft entspringenden Kenntnisse zur Verfügung zu stellen, um Seuchen zu verhüten und Recht sprechen zu können. Diese beiden Zweige haben sich in der zweiten Hälfte des vorigen Jahrhunderts als Hygiene und gerichtliche Medizin zu selbständigen Gebieten entwickelt.

Eine wesentliche Erweiterung erfuhren die ärztlichen Aufgaben, als durch die Fortschritte der Bakteriologie, der mikroskopischen Technik, der Chemie usw. die Diagnose der verschiedenen Seuchen und ansteckenden Erkrankungen ganz andere Anforderungen stellte, als eine

frühere Zeit, und die an die Anzeige sich anschließende Bekämpfung so einschneidende Maßnahmen im Gefolge haben mußte, daß nur eine sicher begründete Diagnose und die Pflicht, der Weiterverbreitung entgegenzutreten, sie vertreten ließ. Aber die Ausgestaltung der diagnostischen und therapeutischen Technik blieb nicht auf die Infektionskrankheiten beschränkt und beeinflußte in weitgehendem Maße das ärztliche Handeln. In diese beim Rückblick geradezu als phänomenal zu bezeichnende Entwicklung fiel die soziale Gesetzgebung der achtziger Jahre des vorigen Jahrhunderts. In kurzer Aufeinanderfolge wurden nach der Botschaft von Kaiser Wilhelm I. vom 17. November 1881 das Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juni 1883 mit Novellen vom 10. April 1892 und 30. Juni 1900, das Gewerbeunfallversicherungsgesetz vom 11. und 13. Juli 1887 mit Abänderung vom 30. Juni 1900 und das Invalidenversicherungsgesetz vom 13. Juli 1899 dem deutschen Volke geschenkt.

Durch diese Gesetze erfolgte eine so völlige Umgestaltung der ärztlichen Tätigkeit gegenüber großer Gruppen der Bevölkerung, daß es einer längeren Zeit bedurfte, ehe die Grundzüge für das Handeln im einzelnen Fall sich feststellen ließen. Die ärztliche Tätigkeit war nicht mehr auf die Hilfe in Krankheiten und die eventuelle Mitteilung zur Mitwirkung des Staates beschränkt, der Arzt wurde außerdem zum Begutachter über die Krankheit und teilweise zum Richter über die Ansprüche der Erkrankten. In beschränktem Maße war das ja schon früher der Fall gewesen, indem der Arzt für Lebensversicherungsgesellschaften und private Unfallversicherung als Begutachter tätig war, sei es, daß er seine Anschauung in privater Weise mitteilte, sei es, daß er sie als Sachverständiger bei Gericht vertrat. Aber die Zahl dieser Fälle war doch minimal gegenüber dem Ansturm, den die neuen Gesetze brachten. Ist doch schon jetzt etwa der vierte und nach den Absichten der Gesetzgebung bald der dritte Teil der Bevölkerung Deutschlands an den Versicherungsgesetzen direkt beteiligt.

Es wäre wunderbar gewesen, wenn bei den völlig neuen Aufgaben, denen der Arzt unvorbereitet gegenübertreten mußte, nicht viele Schwierigkeiten entstanden wären. Die neuen Gesetze vermehrten die ärztliche Tätigkeit ganz außerordentlich. Diejenigen Klassen der Bevölkerung, welche mit Rücksicht auf den Kostenpunkt früher den Arzt nur in Notfällen aufgesucht hatten, erhielten durch die Krankenversicherung ein Anrecht auf ärztliche Hilfe und machten von diesem einen teilweise übertriebenen Gebrauch. Da der Vorstand der Kassen zu einem Drittel aus Arbeitgebern und zu zwei Dritteln aus Arbeitnehmern bestand, so war den Arbeitern trotz der geringen Beiträge plötzlich ein mächtiger Einfluß eingeräumt. Das beträchtlich angewachsene Bedürfnis nach ärztlicher Hilfe wurde rasch gedeckt, da schon

nach 1870 die Zahl der Ärzte wesentlich zugenommen hatte, aber die Honorierung, welche die Kassen infolge der niedrigen Beiträge ihrer Mitglieder zu zahlen in der Lage waren, hielt sich zunächst in engen Grenzen, und so konnte es nicht ausbleiben, daß von vielen Seiten über ein Mißverhältnis zwischen der ärztlichen Leistung und der Honorierung geklagt wurde. Diese Klagen betrafen besonders die infolge des Gesetzes begründeten, wenig leistungsfähigen kleineren Krankenkassen. In größeren Städten oder Bezirken, wo die Mitgliederzahl der einzelnen Kassen sehr groß war, oder wo mehrere Kassen sich der Hilfe eines besonderen Arztes versicherten, entwickelten sich Kassenarztstellen, die dem zeitigen Inhaber Einnahmen von 10—15000 Mk. sicherten. Aber diese Tätigkeit konnte nicht mehr als eine ärztliche bezeichnet werden. Die Zahl der Hilfesuchenden war in den Sprechstunden häufig so groß, daß von einer eingehenden Untersuchung keine Rede sein konnte. In erstaunlich kurzer Zeit mußten sehr viele Patienten abgefertigt werden. Zweifellos befand sich unter diesen eine große Zahl solcher, welche dem Arzt bekannt waren und nur wenig Zeit beanspruchten; aber für andere, schwerere Fälle reichte die zur Verfügung stehende Untersuchungszeit bei weitem nicht aus. Vielfach wurden sie ohne Untersuchung und ohne Diagnose in die Krankenhäuser abgeschoben. In anderen Fällen klagten die Kranken über ungenügende Verordnungen, suchten andere Ärzte oder auch Kurpfuscher auf, Erscheinungen, welche naturgemäß in ärztlichen Versammlungen zur Sprache kamen und um so mehr Unzufriedenheit erregten, je größer die Zahl jüngerer, kaum beschäftigter Ärzte neben den wenigen, übermäßig in Anspruch genommenen Kassenärzten war. Es kam hinzu, daß die Ausbildung vieler die Kassenpraxis erstrebenden Herren nicht immer gut war; nur ein kleiner Teil hatte an Krankenhäusern als Volontärarzt oder als Assistent Dienst getan; auf der Hochschule war bei dem damaligen Andrang von Studierenden der Medizin und der nicht immer praktischen Einteilung des Unterrichts die Ausbildung in technischer Beziehung und im engen Verkehr mit Kranken mangelhaft gewesen. Der Privatfleiß hatte vielfach mit sehr geringen Leistungen, besonders für das Examen, nicht für das Leben, sich begnügt. Man konnte sonach den Klagen über mangelhafte Ausbildung vieler Ärzte nicht einmal unrecht geben.

Aber aus der Kassenpraxis erwuchsen und erwachsen noch mancherlei andere Nachteile. Dem Kassenvorstand war in der Wahl des Arztes freie Hand gegeben. Neben Unterbietungen waren auch politische Gesichtspunkte vielfach von Einfluß auf die Wahl. Gelegentlich wurden auch durch Bestechung der Kassenvorstände Stellen als Kassenarzt erkauft. War nun der betreffende Arzt gegen einen teilweise minderwertigen Kassenvorstand willig, nahm er die Abzüge am Honorar (viel-

fach 10%) für die Kasse der politischen Partei oder für andere Zwecke hin, so verblieb ihm die Kassenarztstelle, mochten auch einzelne Kranke sich laut beklagen. Die große Zahl von Ärzten, welche sich um Stellen bei Kassen bemühten, ließ die Ansprüche der Kassenvorstände an die Ärzte fast schrankenlos werden. Ohne mit den Ärzten Rücksprache zu nehmen, oder ohne eine entsprechende Erhöhung des Honorars vorzunehmen, wurde z. B. die Behandlung der Familienangehörigen der Kassenmitglieder den Ärzten aufgebürdet. Aber diese Mißstände führten endlich zum Zusammenschluß der Ärzte, zur Formulierung der ärztlichen Forderungen gegenüber den Kassen und nach Ablehnung dieser zur Verweigerung der ärztlichen Hilfe (außer in Notfällen). Sie selbst haben gewiß in der Presse von den verschiedenen, durch die Not gebotenen Kämpfen der Ärzte mit Krankenkassen gelesen, deren größter Teil siegreich durchgeführt wurde. In einzelnen Fällen entschloß sich auch die Aufsichtsbehörde einzugreifen, teils weil unfähige sozialdemokratische Agitatoren als Beamte grobe Pflichtwidrigkeiten begingen, teils weil die Kassen ihren Verpflichtungen gegenüber den Kranken nicht nachzukommen vermochten. Neben einer angemessenen Honorierung war das hauptsächlichste Verlangen der Ärzte die freie Arztwahl durch die Kassenmitglieder, ein Verlangen, das sowohl in dem Interesse der Ärzte als der Kranken begründet war. Es ist ja zu naturgemäß, daß eine auferzwungene ärztliche Hilfe für beide Teile unerquicklich und häufig erfolglos ist.

Hatte doch schon 1848 Virchow auch für die armen Kranken freie Ärztewahl gefordert. Die Ausführung der freien Arztwahl ging und geht natürlich nicht ohne eingreifende Umwälzung vonstatten. Es konnte zunächst nicht verlangt werden, daß auf Grund einzelner Mißstände und zuliebe der Kollegen viele ältere und verdiente Kassenärzte (und deren gibt es erfreulicherweise eine große Zahl) auf einen großen Teil ihres Einkommens verzichten sollten. Es darf auch nicht übersehen werden, daß tüchtigen Ärzten, welche seit Jahren den Kranken einer oder mehrerer Kassen ihre Dienste geleistet haben, eine ganz andere Erfahrung in der Beurteilung der Erwerbsfähigkeit, der Leistungsfähigkeit der Kassen bezüglich der Verordnungen und der Behandlung von Kranken der arbeitenden Klasse zur Verfügung steht, als manchen eben mit der Venia practicandi entlassenen Ärzten. Von den Leitern größerer Betriebe wurde auch ausgeführt, daß die persönlichen Beziehungen zwischen den Direktoren und dem Arzt von Vorteil seien, indem sie einerseits die Beurteilung der weniger Arbeitswilligen erleichterten und dem Mißbrauch der Kasse steuerten, anderseits die falsche Beurteilung von wirklich Kranken hinderten und Veranlassung geben, durch privates Eingreifen schwere Sorgen einer Arbeiterfamilie zu mindern. Daß einzelne Kassen mit festangestellten Kassenärzten, deren Auswahl

dem Kranken überlassen war, gute Erfolge zeitigten, soll nicht bestritten werden. Aber für eine große Zahl von Kassen hatten die erwähnten günstigeren Gesichtspunkte keine Geltung und müssen gegenüber den Nachteilen des alten Systems zurücktreten. Die Stellung des Arztes zu den Kranken, zu den Vorständen der Kassen wird durch die freie Ärztewahl eine so viel bessere, daß die Freudigkeit am Beruf bei den meisten die anfänglichen Schäden im Laufe der Zeit aufwiegt. Mit dem größeren Interesse des Arztes an dem einzelnen Fall dürfte auch dem üppig aufgeblühten Kurpfuschertum etwas Abbruch geschehen. Daß auch die sogenannte freie Ärztewahl ihre Bedenken hat, soll nicht geleugnet werden. Wären alle Ärzte von gleichen Kenntnissen und gleicher idealer Gesinnung erfüllt, so würden die Schwierigkeiten gering sein. Aber die Versuchung für Schwache liegt nicht fern, durch Konzessionen an die Kassenmitglieder sich eine größere Inanspruchnahme zu verschaffen. Ich erinnere nur daran, wie der Arzt durch Verschwendung oder weise Sparsamkeit in der Verordnung von Arzneien und teilweise luxuriösen Stärkungsmitteln sowohl den Kranken als den beschränkten Mitteln der Kassen gerecht zu werden vermag. Die Erfüllung unberechtigter Wünsche der Kranken in dieser und anderer Beziehung führt naturgemäß leicht zu Konflikten. Da wo die Einzelleistung honoriert wird, klagen ältere und erfahrene Ärzte auch über eine Polypragmasie, die geradezu begünstigt werde. Es muß deshalb die freie Ärztewahl zum Ausgleich von etwaigen Schäden mit der Schaffung einer ärztlichen Kontrollkommission oder von Vertrauensärzten verbunden sein.

Wir dürfen außerdem hoffen, daß die bessere Ausbildung der Ärzte in den die Krankenkassen betreffenden Fragen mehr und mehr die Schwierigkeiten beseitigen hilft. Aber dem aufmerksamen Arzt kann es nicht entgehen, daß die jetzt bestehende Gesetzgebung, betreffend die Krankenkassen, schwere Mängel aufweist: die große Zersplitterung der Kassen, ihre ungleiche Leistungsfähigkeit, die vielfach außerordentlich hohen Verwaltungskosten, die bestehenden Nebeninteressen, mangelhafte Kontrolleinrichtungen lassen die Gesetzgebung nicht denjenigen Segen entfalten, welcher von ihr erwartet werden könnte. Dazu kommt, daß der Zusammenhang mit den weiter zu besprechenden Einrichtungen der Versicherungsgesetze nicht eng genug ist, um unter allen Umständen ein gedeihliches Zusammenarbeiten zum Vorteil der Kranken zu ermöglichen. Es ist eine dankbare Aufgabe der deutschen Ärzte, an der Weiterentwicklung dieser die Kassen betreffenden Gesetze mitzuarbeiten.

Zu den Krankenkassen gesellten sich die Unfall- und Invalidenversicherung als weitere Gegenstände der ärztlichen Tätigkeit. Jetzt hatte der Arzt nicht allein die Aufgabe, einen plötzlich durch Unfall

oder bei der Tätigkeit erkrankten Menschen zu behandeln und auf kürzestem Wege der Gesundheit zuzuführen, er sollte ein schriftliches Gutachten abgeben, in welchem Grade der Betreffende durch den Unfall in seiner Erwerbstätigkeit beeinträchtigt sei, wie lange die Erkrankung vermutlich dauern werde, welche Wege zur schleunigen Wiederherstellung am besten einzuschlagen seien. Ebenso sollte er urteilen, ob wirklich der Unfall die Ursache der Erkrankung sei, ob nicht andere Momente mit in Betracht kämen oder die hauptsächliche Ursache der Erkrankung seien. Weiterhin sollte er auf Grund seiner Untersuchung und Erfahrung die Ansprüche auf Invalidenrenten, die Zweckmäßigkeit eines Heilverfahrens begutachten. Das waren für jüngere Ärzte, die nicht auf eine große Erfahrung zurückblickten, Aufgaben von außerordentlicher Schwere. Sie waren um so schwieriger, als der Unterricht auf den Gymnasien die Fähigkeit, eigene Beobachtungen klar niederzuschreiben, kaum entwickelt oder gepflegt hatte. Es kam hinzu, daß die meisten der Herren Kollegen sich der Bedeutung der neuen Aufgaben und der Anforderungen an ärztliche Gutachten nicht von Anfang an bewußt waren. Man kann sogar behaupten, daß vielen Universitätslehrern die Bedeutung der neuen Gebiete für den Unterricht nicht klar war.

Es blieben also auch hier viele Konflikte nicht aus. Die Untersuchungsprotokolle des Arztes, welche dieser bei jedem Fall anfertigen soll, fehlten teils, teils waren sie mangelhaft. Häufig mußte das Gedächtnis dann aushelfen, aber die Angaben der Kranken lauteten vielfach ganz anders, und nicht immer war der Arzt imstande, sich auf sein Protokoll zu berufen. Sodann waren die Angaben über den Befund unvollständig, einzelne Untersuchungsmethoden waren ganz vernachlässigt, und es ließ sich nachher nicht mehr feststellen, was schon bei dem Unfall an objektiven Krankheitssymptomen vorhanden war, und was nicht. So wurde und wird von den Kranken vieles einem Unfall zur Last geschoben, was einer andern Ursache seine Entstehung verdankt, und es bedarf häufig der sorgfältigsten Anamnese und häufig wiederholter Untersuchung, um über einzelne Punkte ins klare zu kommen. In manchen Fällen ist das aber nach Verlauf längerer Zeit überhaupt nicht mehr möglich. Es liegt ja zu nahe, daß ein durch einen Unfall Erkrankter diesem alles zur Last legt, auch Dinge, die er vorher übersehen oder gering geachtet hat. Ebenso groß ist aber die Neigung von Kranken, nachträglich für ihr Leiden einen Unfall ausfindig zu machen. Ich erinnere mich eines an Tabes dorsalis leidenden Arztes, bei dem eine Verschlimmerung infolge von Durchnässung eingetreten war und der dann nachträglich einmaliges oder mehrmaliges Fallen im Schnee als die Ursache des ganzen Leidens oder einer hochgradigen Verschlimmerung beschuldigte. So habe ich vielfach ganz un-

bedeutende Dinge als Unfall und Ursache der Erkrankung beschuldigt gefunden.

Der Arzt, der dem Kranken Trost bringen soll, hat häufig nicht den Mut, dieser Autosuggestion eines Kranken entgegenzutreten, weil er damit die wahre Natur der Erkrankung klarlegen muß. Öfters sah ich auch, daß der Arzt die Krankheit nicht erkannte und den Patienten veranlaßte, in der Vorgeschichte nach einem Unfall als Ursache des Leidens zu suchen. Zu dem allen aber gesellt sich die Simulation von Leiden oder die Übertreibung vorhandener Beschwerden hinzu. Das macht sich schon bei dem Krankenversicherungsgesetz geltend und noch viel mehr bei der Unfallversicherung. Nicht alle Ärzte beherrschten die Methoden der Untersuchung in der Art, daß ihr Urteil ein sachgemäßes genannt werden konnte. Unzufriedenheit auf Seite der Kranken, Unzufriedenheit auf Seite der Berufsgenossenschaften waren die Folge. Aber auch Bedrohungen der Ärzte sind mir aus meinen Protokollen bekannt. So hatte ein Steinbrecher, der seither mit 50% der Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit entschädigt, aber schon längst gesund war, erklärt, daß er den Arzt, der ihm die Rente kürzen werde, totschlagen wolle. Der Arzt seines Heimatsortes weigerte sich infolgedessen, die Begutachtung zu übernehmen.

Andere versuchen alle Mittel, den Arzt zu täuschen. So liegt bei mir das Gutachten eines Arztes, der dem früher Verletzten die Rente für völlige Erwerbsunfähigkeit zugesprochen hatte, während der angeblich Kranke schon am Tage der Zeugnisausstellung einen Monat lang seinen alten Lohn wieder verdiente. In einem anderen Falle hat ein Arbeiter jahrelang 30% Rente bezogen, während er in dieser Zeit in seinem alten Beruf einen beträchtlich höheren Lohn erwarb als vor dem Unfall, und ohne daß noch Störungen vorhanden waren. Daß das Ansehen des einzelnen Arztes und der Ärzte im allgemeinen durch derartige Vorkommnisse schwer leidet, wird Sie nicht wundern. Aber auch materielle Nachteile blieben nicht aus, indem viele Beurteilungen und Begutachtungen dem einzelnen Arzt und den praktischen Ärzten überhaupt entzogen wurden und in die Hände von Vertrauensärzten übergingen. Auch bei der Invalidenversicherung wird die gleiche Entwicklung sich vollziehen, wenn nicht eine wesentlich bessere Ausbildung der Ärzte und eine genaue und kritischere Begutachtung im Laufe der Zeit seitens der Ärzte erfolgt. Gerade bei der Invalidenversicherung hat die Anschwellung von teilweise unberechtigten Renten auf Grund ärztlicher Zeugnisse die Weiterentwicklung auf dem seitherigen Wege in Frage gestellt.'

Außer den genannten Versicherungen werden vielleicht die Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung und das Reichsversicherungsamt Ihre ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen.

Denken Sie daran, daß nur strengste Sachlichkeit auf Grund eingehender Prüfung und sorgfältige Begründung der gewonnenen Anschauung den Zwecken der Gesetzgebung gerecht wird! Und wenn bei dieser Gelegenheit schon Gutachten von Kollegen vorliegen, so dürfen Sie diese nicht vernachlässigen; wenn Sie aber zu einer anderen Anschauung kommen, so mag das in Ihrem Gutachten, nicht aber in einem Urteil über den vorhergehenden Begutachter zum Ausdruck kommen. In jedem Augenblick der Untersuchung müssen Sie aber im Auge behalten, daß Sie es mit Kranken zu tun haben, deren psychische Beeinflussung für die weitere Gestaltung des Krankheitsbildes, die Erwerbsfähigkeit und das ganze Wohlergehen des Kranken und seiner Angehörigen häufig von größter Bedeutung ist. Ich brauche Sie auf den Segen, welchen der möglichst frühe Beginn regelmäßiger Arbeit im Gefolge hat, wohl kaum hinzuweisen.

Zu allen diesen Aufgaben ist eine weitergehende Ausbildung der Ärzte notwendiger, als seither. Naturgemäß ist die allgemeine Diagnostik die erste Grundlage. Je sorgfältiger die klinische Vorbildung des Arztes ist, je mehr er sich bewußt ist, daß jeder Fall eine eingehende Untersuchung vom Kopf bis zu den Füßen erheischt, daß jedes Gutachten die sorgfältigsten medizinischen Erwägungen erfordert, um so geringer sind die entstehenden Schwierigkeiten. Sodann muß der Arzt im Auge behalten, daß jeder Befund schriftlich niederzulegen ist, damit in jedem Augenblick das ganze Krankheitsbild wieder rekapituliert werden kann. Aber viele Klagen und Beschwerden von Kranken dokumentieren sich nicht durch auffallende Krankheitsbefunde. Der Arzt muß deshalb trachten, die feinere Diagnostik auszubilden, er muß auf Symptome achten lernen, die früher kaum beachtet wurden, er muß die Methoden kennen, durch welche Simulation oder die weit häufigere Übertreibung in ihre Schranken zurückgewiesen werden. Und wenn er dann zur Beurteilung übergeht, muß der Arzt sich bewußt sein, daß er sowohl dem Kranken als den allgemeinen Interessen gerecht werden muß, daß er in keiner Weise einseitige Gesichtspunkte walten lassen darf. Auch das Heilverfahren stellt heute ganz andere Anforderungen an den Arzt und seine Urteilsfähigkeit, als eine frühere Zeit. Daß weiterhin das Unfallversicherungsgesetz, welches sich im allgemeinen glänzend bewährt hat, mancher Verbesserung fähig ist, wird Ihnen im Laufe der Zeit nicht entgehen.

Aber die modernen ärztlichen Aufgaben beschränken sich nicht auf die geschilderten Gebiete. Der Arzt tritt in Berührung mit vielen Aufgaben des modernen Lebens, er wird vielleicht als Armenarzt, als Schularzt in Anspruch genommen, er soll der berufene ärztliche Berater bei vielen sozialen Aufgaben unserer Zeit sein, er tritt in enge Berührung mit allen Klassen der Bevölkerung, den Licht- und

Schattenseiten des Lebens, in solche mit den arbeitenden Klassen, ihren Krankheiten und den Schädigungen, welche Beruf, Lebensweise und Wohnung mit sich führen. Manche von diesen lassen sich nicht vermeiden. Aber in vieler Beziehung kann der Arzt doch auf Schäden aufmerksam machen und ihre Beseitigung oder Minderung anregen. Ich erinnere an die durch Blei, Phosphor, Quecksilber, Anilin, durch Staub, durch Gase usw. entstehenden Krankheiten. In vielen dieser Fragen hat die Gesamtheit der deutschen Ärzte auf ihren Vereinstagen eine segenbringende Tätigkeit und Anregung entfaltet. Viele der in Betracht kommenden Punkte werden heute mehr vom nationalökonomischen Standpunkt aus betrachtet als von dem gewiß auch berechtigten ärztlichen und hygienischen. Es muß aber betont werden, daß in vielen dieser Fragen, der Kinder- und Frauenarbeit, der Ausdehnung und Einteilung der Arbeitszeit, auch dem Arzt eine Beurteilung zusteht. Allerdings muß der Arzt Interesse dafür haben und sich für alle Punkte die notwendigen Grundlagen zur Beurteilung schaffen. Dann werden ihm aber viele Schäden der heutigen Zeit nicht entgehen; ich erinnere an die teilweise ungenügenden Wohnungen besonders der großen Städte, auf deren degenerierende Wirkungen v. Hansemann erst kürzlich bei einer Arbeit über Rachitis aufmerksam gemacht hat, ich erinnere an die schweren Schädigungen, welche der Alkoholismus der Gesundheit und dem Wohlstand des Volkes zufügt. Die soziale Fürsorge der neueren Zeit nimmt aber die Tätigkeit des Arztes noch bei vielen Erkrankungen in Anspruch, deren Entstehung und Verschlimmerung aus vielen Einzelmomenten und zum Teil auch aus der gewerblichen Tätigkeit sich ergibt. Ich nenne zuerst die Phthise. Die erfolgreichen Bestrebungen, welche etwa seit einem Jahrzehnt sich in der Behandlung der Lungenerkrankungen in früherem Stadium geltend gemacht haben, und die Erkenntnis, daß durch frühzeitige Erkennung und entsprechende Behandlung eine eintretende Erwerbsunfähigkeit hinausgeschoben werden kann, haben die Vorstände der Invaliditäts- und Altersversicherung veranlaßt, reiche Mittel dieser Krankheitsfürsorge zuzuwenden. Durch frühzeitige Überweisung von beginnenden Fällen in Lungenheilstätten, durch die Kontrolle nach der Entlassung, durch Anweisung zu neuer, eventuell weniger gesundheitsschädlicher Tätigkeit, durch Regulierung des ganzen Lebens und Eingreifen bei Verschlimmerung tritt der Arzt der Erkenntnis der Phthise in ihrer Beziehung zur Ernährung, Wohnung, Familienstand ganz anders näher und vermag durch genaue Kenntnis seiner Hilfsmittel unendlich zu nützen. Das gleiche gilt für andere chronische Krankheiten. Herzkrankheiten, Nervenkrankheiten, Blutarmut, Gicht, Rheumatismus sind ebenfalls von der Invalidenversicherung in den Bereich der Tätigkeit gezogen worden, um eine eventuell eintretende Invalidität

möglichst hinauszuschieben. Alle diese Bestrebungen und ihre Erfolge muß der angehende Arzt kennen, um den sich ihm anvertrauenden Kranken raten zu können. Er muß auch versuchen, durch Besichtigung guter Anstalten unter geeigneter Führung die Gesichtspunkte für die Erfolge und die Behandlung in der Anstalt und nach der Entlassung kennen zu lernen. Aber nicht allein von der Invalidenversicherung, von allen Seiten des öffentlichen und privaten Lebens regen sich die Bestrebungen sozialer Fürsorge. Ich erinnere an Sorge für gute Milch und Säuglingsfürsorge, für gute Nahrungsmittel überhaupt, deren Bedeutung für die Volksgesundheit noch lange nicht genügend gewürdigt ist, an die Wohnungshygiene, die seit langer Zeit in Deutschland gepflegte Errichtung von Wohnungen für Arbeiter, welche durch reiche Zufuhr von Sonne, Licht und Luft der heranwachsenden Generation die Möglichkeit einer gesunden Entwicklung schaffen. Gewiß wird der eine oder der andere von Ihnen derartige Kolonien kennen. Außerdem bestehen in Deutschland zurzeit 715 gemeinnützige Wohnungs-Baugenossenschaften mit 115000 Mitgliedern und einem Anlagekapital von 150 Millionen. Der Ausbau dieser Bestrebungen im Interesse der arbeitenden Klasse kann nur warm begrüßt werden. Diese Gebiete können allerdings ebenso wie die Fürsorge gegen die Übertragung ansteckender Erkrankungen in dem Gebiet der sozialen Hygiene vorgetragen werden, wie das hier in Bonn geschieht. In der ärztlichen Praxis müssen aber alle Kenntnisse ineinandergreifen, um unserem Volke den Nutzen zu sichern, welchen die Fortschritte in der Erkenntnis und Fürsorge der Krankheiten ermöglichen. Seit langer Zeit waren hervorragende Ärzte in diesem Sinne bemüht, aber die Zahl derer, welche für die sozialen Probleme der Gegenwart mitarbeitend tätig ist, ist doch klein. Daher mag es wohl kommen, daß die Ärzte in Deutschland bei weitem nicht jenen Einfluß in der Staatsverwaltung und der Gesetzgebung besitzen, der ihnen zukommen könnte. Eine weitergehende Mitwirkung derselben bei dem Ausbau unserer Gesetzgebung und eine größere Inanspruchnahme in der Verwaltung ist aber mehr als erwünscht. Die Vereinigung nationalökonomischer Erfahrung und medizinischer Kenntnisse dürfte für manches soziale Problem der Gegenwart von hohem Werte sein.

Vielleicht gelingt es, durch das Zusammenarbeiten vieler Kräfte auch für die nicht mehr voll erwerbsfähigen Arbeiter Stätten und Wirkungskreise in größerer Zahl zu schaffen, in welchen sie die noch vorhandenen Kräfte nutzbringender verwerten können, als es heute der Fall ist. Vereinzelte Versuche liegen ja in dieser Richtung vor.

Aber die Aufgaben des Arztes haben sich noch in anderer Weise erweitert. Während der früher in die Praxis tretende Arzt bei älteren Kollegen sich rasch über seine Pflichten und Rechte zu orientieren

vermochte, ist das heute infolge der modernen Gesetzgebung und der Auslegung der Gerichte nicht mehr der Fall. Welche Änderungen und Anregungen die Reichsgewerbeordnung, das Bürgerliche Gesetzbuch und das Strafgesetzbuch für den Arzt gebracht haben und täglich bringen, wird eingehend zu erörtern sein. Ich erinnere weiter daran, daß der Arzt nicht allein für sich, sondern für jede von ihm benutzte Hilfsperson haftpflichtig ist, und daß die Menschen der heutigen Zeit in ganz anderer Weise die ihnen zustehenden Rechte geltend machen, als das früher der Fall war. Der angehende Arzt muß wissen, welche Klippen und Gefahren in seinem Berufe vorhanden sind, die auch den Arzt treffen können, der in der besten Meinung zu handeln glaubt, aber den bestehenden Gesetzen dabei nicht Rechnung trägt. Es sei mir gestattet, ein Beispiel anzuführen, das Peiper zitiert. Ein Arzt wird telegraphisch auf ein entferntes Gut gerufen; er passiert ein Dorf und wird beim Durchfahren von einer Hebamme angerufen, doch in einem Notfall zu helfen. Sie habe zwar schon zu einem anderen Arzt geschickt, aber der sei noch nicht da, und Hilfe tue dringend not. Der Arzt verläßt seinen Wagen und tritt in das Zimmer, in welchem eine Frau mit starker Blutung bei der Nachgeburt liegt. Er versucht die Placenta zu entfernen, aber trotz aller Mühe will es nicht gelingen. Er vertröstet nun die Kranke und die Hebamme auf den bald eintreffenden anderen Arzt und verläßt die Frau, weil er eilig zu dem Gut fahren müsse, von welchem er früher gerufen. Die Frau stirbt an Verblutung, der später kommende Arzt kann ebenfalls nicht helfen. Aber der erste Arzt wird unter Anklage gestellt und zu vier Wochen Gefängnis verurteilt, weil er die Wöchnerin in hilfloser Lage verlassen. Wäre er dem Rufe der Hebamme nicht gefolgt und hätte die Behandlung nicht begonnen, so hätte er sich vor dem Strafrichter nicht zu verantworten brauchen. Aber welcher Arzt vermöchte das?

Sie ersehen daraus, welche Notwendigkeit für den Arzt besteht, sich mit den gesetzlichen Bestimmungen vertraut zu machen.

Weiterhin muß der angehende Arzt über die private und staatliche Organisation des ärztlichen Standes unterrichtet sein, er muß die Bedeutung der Ärztekammern, der ärztlichen Ehrengerichte, des Ehrengerichtshofs und die vielfachen Entscheidungen dieser über die ärztlichen Standespflichten kennen. Schon heute verfügen wir dank diesen über die Grundlagen einer ärztlichen Ethik, und werden Einzelheiten dieser fast in jeder Vorlesung begegnen. Auch über die ärztlichen Vereine, den Leipziger ärztlichen Verband, die Kommissionen zum Abschluß von Verträgen mit Krankenkassen muß der Unterricht sich erstrecken, der junge Arzt muß eine Kenntnis dieser Organisationen in die Praxis mitbringen, um vielleicht in kurzer Zeit mitarbeiten zu können an diesen für den ärztlichen Stand und das Wohl

des Volkes gleich wichtigen Fragen. Auch auf das gefährliche und in die verschiedensten Formen sich kleidende Kurpfuschertum muß der angehende Arzt rechtzeitig aufmerksam gemacht werden. Er muß es lernen, daß häufig Versäumnisse einzelner Ärzte den Kranken und die Angehörigen den Kurpfuschern in die Hände treiben.

So fallen dem Arzt und dem medizinischen Unterricht ganz neue Aufgaben zu, Aufgaben, die allerdings in dem vom Arzt geleisteten alten Eid des Doktors der Medizin enthalten sind, aber doch eine wesentliche Erweiterung gegenüber den früheren Zeiten aufweisen. Das Wohl der Kranken und das Wohl der Allgemeinheit in gleicher Weise im Auge zu haben, ist die vornehme Pflicht des Arztes, will er das der Stellung entgegengebrachte Vertrauen auch jetzt noch erhalten und nicht in den Rang eines Krämers herabsinken.

Wenn der Arzt auch auf diese Weise seinen Beruf ausübt, so darf er doch im Auge behalten, daß er für sich und die Seinigen zu sorgen verpflichtet ist und daß er in Reihe und Glied mit Kollegen steht, welchen die gleiche Aufgabe zufällt. „Jeder Arbeiter ist seines Lohnes wert", das muß auch der Arzt beherzigen. Er muß wissen, auf welchen rechtlichen Grundlagen sich seine Ansprüche aufbauen, daß die Bezahlung der approbierten Ärzte nach dem Gesetz zwar der Vereinbarung überlassen ist, daß aber für streitige Fälle in den meisten Bundesstaaten Gebührenordnungen bestehen. Im allgemeinen empfiehlt es sich, daß die Honorarsätze in der ärztlichen Praxis von den Ärzten eines Ortes oder einer Gegend gemeinschaftlich festgesetzt werden. Dank den Bestrebungen auf dem Gebiet der ärztlichen Vereinstätigkeit ist das jetzt möglich. Das war nicht immer der Fall; denn nicht immer war das Verhältnis der Ärzte untereinander ungetrübt, man kann sogar, aus vielen Anekdoten schlußfolgern, daß Neid, Mißgunst oder der Versuch, einander den Rang und die Kranken abzulaufen, in älteren Zeiten sehr häufig vorkamen. Daß die Menschheit diese Schwäche ausnutzte, ist kaum zu verwundern. Der fehlende Zusammenschluß der Ärzte bedingte, daß die großen Worte, die gelegentlich in Versammlungen erklangen, der Umsetzung in die Tat entbehrten.

Ich erinnere mich noch wie heute, daß der ärztliche Verein einer rheinischen Großstadt beschloß, daß kein Arzt eine Krankenkasse unter einer bestimmten Summe übernehmen dürfe. Aber die Kasse war damit nicht einverstanden, und es fanden sich genügend jüngere Bewerber, die zu dem früheren, ja zu einem billigeren Preis als dem seitherigen bereit waren, für die Kasse ärztlich tätig zu sein. Der Vorsitzende des Vereins, dessen Tätigkeit und Erwerb wesentlich auf Kassen beruhte, hätte bei Festhalten an dem Beschluß die ihm liebgewordene Stadt verlassen müssen, und so mußte er in der nächsten Sitzung um Dispens für sich bitten. Derartige betrübende Ereignisse haben sich in vielen

Orten wiederholt. Heute sind derartige Unterbietungen durch die Satzungen der ärztlichen Standespflichten verboten, aber ich halte es für notwendig, auf derartige Vorkommnisse im Kampf ums Dasein hinzuweisen. Immer niedriger wurden infolgedessen die Leistungen der Ärzte eingeschätzt. Demgegenüber müssen die angehenden Ärzte es lernen, daß ihre allgemeinen Interessen zum großen Teil die gleichen sind wie diejenigen der Kollegen, daß der ärztliche Stand nur durch Einigkeit seiner Mitglieder sich Geltung und Anspruch auf die ihm zukommende Stellung im Staate und Erwerbsleben verschaffen kann, während das frühere System der Bewerbung um Kassenarztstellen und das Unterbieten das Ansehen des ärztlichen Standes und des einzelnen schwer geschädigt hat. An den meisten Orten haben die Ärzte sich zu Verbänden zusammengeschlossen, welche die Verhältnisse zu Krankenkassen und anderen in das ärztliche Berufsleben eingreifenden Institutionen regeln, sie haben gewisse Gesetze aufgestellt, welche die Beziehungen der Ärzte untereinander ordnen. Es gibt ältere Ärzte, welche dieses Überhandnehmen wirtschaftlicher Fragen mit Schrecken sehen und eine Beeinträchtigung des idealen Sinnes bei den Ärzten aus diesen Bestrebungen fürchten. Es ist auch gewiß nicht zu leugnen, daß hier und da Ansichten laut werden, welche bedauerlich und schädigend für den ärztlichen Stand sind. Es gibt zweifellos auch im ärztlichen Stand vielfach unzufriedene und unbefriedigte Elemente, die das Recht auf Erwerb zu haben glauben und dieses angebliche Recht zur Geltung bringen wollen. Vielfach handelt es sich um Mediziner, deren medizinische Ausbildung mangelhaft war, die, vor den einzelnen Fall gestellt, im Urteil und Handeln unsicher und erfolglos waren. Wer wie ich einzelne derartige unzufriedene Existenzen nach teilweise verbummelter Studienzeit, nach einem eben genügenden, aber allzu leichten Examen von Ort zu Ort wandern sah, um immer wieder hinter tüchtigeren zurückgestellt zu werden und den erhofften Erwerb nicht zu gewinnen, der muß es bedauern, daß die Schuld von diesen selten da gesucht wird, wo sie liegt. Häufig schreien aber derartige Ärzte am lautesten und bereiten den Standesvertretungen die größten Sorgen.

Neben diesen gibt es andere, denen zwar das Wissen nicht abgeht, die aber, ungeschickt, sich nicht zur Geltung zu bringen wissen. Die Anforderungen, die an den Arzt gestellt werden, sind je nach Ort und Art des hilfesuchenden Publikums verschieden. Aber im allgemeinen ist doch zu verlangen, daß der Arzt mit den an Bildung ihm gleichstehenden anderen Berufsständen, den Juristen, den Philologen, die gesellschaftliche Stellung und das Ansehen mindestens teilt. Der Arzt soll die Formen der guten Gesellschaft besitzen, und wenn er sie nicht in der Kinderstube spielend sich angeeignet hat, so muß er sie im Leben sich erkämpfen. Aber neben den Formen bedarf

der Arzt mehr als jeder andere einer vornehmen Bildung des Geistes und Charakters. Der Arzt ist fast ebenso häufig Arzt der Seele wie des Leibes.

Von seiten einzelner Ärzte, welche durch den naturgemäßen Kampf des Lebens sich bedrückt fühlen, ist die Frage aufgeworfen, ob es nicht besser sei, die Ärzte zu Staatsbeamten zu machen. Auch einzelne Berufsgenossenschaften haben sich im Sinne einer derartigen Entwicklung des ärztlichen Standes ausgesprochen. Aber der Vergleich mit Juristen oder Philologen ist in der einen Beziehung falsch, als diese ihre umschriebene Tätigkeit haben, während die Schaffung einer solchen beim Arzt zu denselben Konflikten führen würde, wie sie die festen Kassenarztstellen hervorgerufen hat. Und dann ist die Tätigkeit des Arztes, der in seinem Beruf so viele Auslagen hat, der manche Nacht seiner Gesundheit opfert, um andern zu helfen, doch gewiß nicht mit derjenigen in andern staatlichen Berufen zu vergleichen. Wer aber aus Schilderungen einer älteren Generation erfahren hat, welche Klagen die nur teilweise Verstaatlichung der Ärzte in Nassau über Beschränkung der Tätigkeit, über Eingriffe der Verwaltung im Gefolge gehabt hat, der wird gern an dem heute Errungenen, der Freizügigkeit und der freien Stellung des Arztes, festhalten. Allerdings fallen der Gesamtheit der Ärzte zum Zweck der Erhaltung des Erreichten wichtige Aufgaben zu; einmal haben die deutschen Ärzte in Verbindung mit der Staatsregierung zu wachen, daß die medizinische Ausbildung stets den Anforderungen des Lebens sich anpaßt, und sodann, daß den deutschen Ärzten der ideale Sinn nicht verloren geht, der neben der eigenen Person auch die berechtigten Interessen der Kranken und der Allgemeinheit im Auge behält.

Der Arzt soll dem ganzen Volke eine Vertrauensperson sein. Das muß er nicht allein bei seiner Ausbildung, das muß er auch in seinem Verhalten im täglichen Leben dokumentieren. Lassen Sie mich nur auf wenige Punkte aufmerksam machen! Wer regelmäßig abends oder bis spät in die Nacht hinein am Biertisch sitzt und aus der Praxis erzählt, wird vielleicht als ein interessanter Plauderer, aber selten als ein zuverlässiger Arzt gelten. Wer die freien Stunden lediglich für den Wirtshaustisch verwendet, hat keine Zeit, den Fortschritten der Wissenschaft zu folgen — und derartiges wird heute leicht erkannt.

Aber auch jede Art von Reklame soll dem Arzt fern sein. Wer die von manchen Fabrikanten pharmazeutischer Präparate erfolgenden Versendungen durchsieht, erkennt mit Schrecken, daß eine große Zahl von Ärzten absichtlich oder fahrlässig dem Treiben der Reklame Vorschub leistet. Mit der Preisgabe seines ärztlichen Namens, mit der Erteilung von Zeugnissen und Unterschriften kann der Arzt nie vorsichtig genug sein.

Der Arzt soll das Vertrauen von Arm und Reich, von Konservativen und Liberalen besitzen; jeder muß überzeugt sein, daß das dem Arzt anvertraute Geheimnis so sicher wie im Beichtstuhl aufgehoben ist. Der Arzt muß sich auch vom Parteigetriebe möglichst fernhalten, will er nicht einen Teil des Vertrauens verlieren. Deshalb braucht er seine politische oder religiöse Ansicht nicht zu verbergen. Wer aber beispielsweise einzelne Aufrufe politischer Parteien bei den Wahlen oder die Reden in Versammlungen hört oder liest, muß bei ruhiger Überlegung zu dem Resultat kommen, daß sie reich sind an Übertreibungen, daß mehr an das Interesse der Partei als an das des Vaterlandes gedacht wird. Der Arzt soll sich aber innerhalb und außerhalb des Berufs von Übertreibungen fernhalten.

Daß er auch in sittlicher Beziehung einwandfrei dastehen soll, versteht sich von selbst. Ein guter Arzt muß auch ein guter Mensch sein, wie das Nothnagel schon ausgeführt hat. Wie der Arzt bei plötzlichen Unglücksfällen sich bewährt, wie er die Übertragung von Krankheiten zu verhüten, Gesunde zu schützen versucht, davon hängt häufig das Urteil über den Arzt und der Kreis der sich ihm öffnenden Wirksamkeit ab. Aber die erwähnten Eigenschaften muß er aus sich haben, er muß ein Mann sein, der den Kranken und dem öffentlichen Wohl aus Berufstreue dient.

Wer so seinen Beruf versteht und mit den notwendigen Kenntnissen und dem technischen Können ausgestattet ist, der muß sich eine geachtete ärztliche Stellung erwerben. Ich freue mich, sagen zu können, daß die größere Mehrzahl der deutschen Ärzte bestrebt ist, ihren Aufgaben gerecht zu werden und ihnen gerecht wird. Das beweist Ihnen auch das Ansehen, welches der deutsche Arzt noch im Auslande genießt. Daß das so bleibt und der ärztliche Stand stets eine geachtete Stellung in unserem Vaterland und über dasselbe hinaus einnimmt, dazu bedarf es aber auch der Mitwirkung der heranwachsenden Generation. Ihnen bei dieser Tätigkeit die Wege ebnen zu helfen, mögen diese und die nachfolgenden Vorlesungen und Übungen dienen!

Zweite Vorlesung.

(Approbation, Spezialarzt, Niederlassung, Anzeige derselben, Sprechstunden, Hausbesuche, Konsultationen, Vertretungen.)

M. H.! Wenn Sie Ihre ärztlichen Studien beendigt haben, richten Sie Ihr Gesuch um Zulassung zur ärztlichen Staatsprüfung an die zuständige Zentralbehörde (das Ministerium des betreffenden Landes). Sie haben diesem Gesuch eine Anzahl Papiere, so das Reifezeugnis, das Zeugnis über die vollständig bestandene Vorprüfung, und eine Studienzeit von mindestens zehn Halbjahren usw. beizufügen.*)

Nach Absolvierung der ärztlichen Prüfung, und nachdem Sie weiterhin ein Jahr lang als Medizinalpraktikant an einem der dazu berechtigten Krankenhäuser, Universitätsinstitute, Akademien tätig waren, erhalten Sie die Approbation zur Ausübung der Heilkunde und haben damit die Berechtigung, sich als Arzt oder praktischer Arzt niederzulassen. Wenn Sie aber in der Lage sind, vor der Niederlassung noch ein oder mehrere Jahre an einer Klinik oder einem Krankenhaus als Assistent tätig zu sein, so werden Sie mit weitaus größerer Beruhigung Ihre Praxis beginnen können. Was der Arzt sonst nur in Jahren langer Mühe und nicht ohne Schädigung des Ansehens an Erfahrung gewinnt, bringt ihm eine Assistenzarztstelle unter einem tüchtigen Chefarzt nicht mühelos, aber doch in verhältnismäßig kurzer Zeit als festen Besitz für das Leben. Sie haben nach erlangter Approbation auch das Recht sich die Bezeichnung als Spezialarzt für ein

*) Der Meldung zum Staatsexamen hat der Kandidat außerdem beizufügen:
1. die Praktikantenscheine über zweisemestrige Tätigkeit an der medizinischen, chirurgischen und geburtshilflichen Klinik (einschließlich der Entbindung von vier Kreisenden).
2. den Praktikantenschein über einsemestrige Tätigkeit an der Klinik für Augenkrankheiten, der medizinischen Poliklinik, der Kinderklinik oder Poliklinik, psychiatrischen Klinik sowie der Spezialkliniken oder Polikliniken für Hals- und Nasen-, für Ohren- und Haut- und syphilitische Krankheiten sowie den Nachweis über die Teilnahme am Impfkurs.
3. den Nachweis, daß er eine Vorlesung über topographische Anatomie, Pharmakologie und gerichtliche Medizin gehört hat.

von Ihnen gewähltes Fach zuzulegen, falls nicht seitens der ärztlichen Standesvertretung bezüglich Ihrer Ausbildung in diesem Fache Bedenken bestehen. Mit Recht wird seitens der ärztlichen Verbände als Spezialarzt nur ein Arzt anerkannt, der sich neben der allgemeinen ärztlichen Bildung durch besondere wissenschaftliche und praktische Vorbildung auf einem bestimmten Gebiete der Heilkunde eingehende Kenntnisse erworben hat, welche weit über die des praktischen Arztes hinausgehen. Der Spezialarzt muß aber neben dem technischen Können an erster Stelle die Fähigkeiten eines guten allgemeinen Arztes besitzen, soll nicht wie Quincke ausführt, von ihm gelten:

Er hat die Teile in seiner Hand,
Fehlt leider nur das geistige Band.

Nach einer zu erwartenden Gerichtsentscheidung darf sich außerdem als Spezialarzt für Mund- und Zahnkrankheiten nur derjenige Arzt bezeichnen, welcher das zahnärztliche Examen gemacht hat. Die ärztlichen Verbände verlangen weiter, daß ein Spezialarzt keine allgemeine Praxis ausübt.

Die Denkschrift der anhaltischen Landeskammer schlägt zur Verhütung des Mißbrauchs der aus der Bezeichnung Spezialist erwächst (Ärztl. Vereinsbl. 1906 S. 466) folgende Fassung vor: Will sich ein Arzt bei seiner Niederlassung als Spezialarzt bezeichnen, so hat er die Unterlagen zum Nachweise einer gehörigen Vorbildung der Ärztekammer vorzulegen; für gewöhnlich genügt dazu der Nachweis einer mindestens etwa zweijährigen Tätigkeit als Assistenzarzt an einer Krankenanstalt oder bei einem anerkannten Spezialarzt für die betreffende Spezialität. Mit der Bezeichnung Spezialarzt erklärt der Spezialarzt seinen Verzicht auf die Ausübung der allgemeinen Praxis. Will ein in einer Spezialität gründlich vorgebildeter Arzt allgemeine Praxis betreiben, so hat seine Bezeichnung als Spezialarzt bei seiner Niederlassung zu unterbleiben, entschließt sich ein Spezialarzt, späterhin auch allgemeine Praxis auszuüben, so hat er die Bezeichnung Spezialarzt abzulegen und davon der Ärztekammer Mitteilung zu machen. Die Bezeichnung „Spezialarzt und praktischer Arzt" ist unter allen Umständen unstatthaft.

Auf Grund dieser Anschauung haben die verschiedensten ärztlichen Standesvereine Einspruch dagegen erhoben, daß Ärzte, welche diese Vorbildung in einem bestimmten Fach nicht genossen haben, sich in diesem als Spezialarzt bezeichneten, und die betreffenden Ärzte haben, zur Vermeidung von Konflikten mit ihren Standesgenossen und dem Ehrengericht, auf diese Benennung verzichten müssen.

Die Beilegung eines arztähnlichen Titels seitens nicht approbierter Personen oder einer Bezeichnung, welche anderen den Glauben beibringt, ihm komme der Titel zu, ist nach der RGO. und einer Ent-

scheidung des Reichsgerichts strafbar. Die Führung eines rechtmäßig erworbenen Doktortitels kann verboten werden, wenn derselbe zur Täuschung des Publikums benutzt wird.

Die Approbation wird auf Lebenszeit erteilt und kann von der Verwaltungsbehörde nur dann zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit des Nachweises dargetan wird, auf Grund deren solche erteilt worden ist, oder wenn dem Inhaber der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind, im letzteren Falle jedoch nur für die Dauer des Ehrverlustes.

Die Erwerbung des medizinischen Doktortitels ist heute nicht mehr unbedingt geboten. Man muß aber jedem jungen Arzte dringend raten, den Titel zu erwerben, da sonst sein Ansehen im Publikum leidet. Nach erlangter ärztlicher Approbation können Sie noch, um in die Staatsverwaltung überzutreten, das Examen als Kreisarzt machen, nach zwei Jahren, wenn Sie die Prüfung mit sehr gut oder gut bestanden haben, im übrigen Fall nach drei Jahren. Diese Prüfung wird in Berlin abgelegt.

Nach jahrzehntelangen Kämpfen haben die deutschen Ärzte es erreicht, von dem § 200 des preußischen Strafrechts befreit zu werden, welcher ihnen die Pflicht auferlegte, jedem Ersuchen um ärztliche Hilfeleistung zu folgen.

Dieses Ziel wurde erreicht, indem die Heilkunde durch die Gewerbeordnung geregelt, und unter Aufhebung des Kurpfuschereiverbots die Krankenbehandlung freigegeben wurde. Zunächst stellte sich das Reichsgericht auf den Standpunkt, den Beruf des Arztes als Gewerbe aufzufassen. Indessen erhoben sich dagegen mancherlei Bedenken. Zunächst besteht ein wichtiger Teil der ärztlichen Tätigkeit in Pflichten gegenüber der Verbreitung epidemischer Krankheiten, in dem Impfgeschäft, in der Ausstellung von Attesten zu gerichtlichen Zwecken, weiterhin genießen die Ärzte mit Rücksicht auf ihren Beruf gewisse Sonderrechte. Demgemäß hat das Oberverwaltungsgericht die ärztliche Tätigkeit zu den gewinnbringenden Beschäftigungen gerechnet, während ein Erlaß des Ministers der Medizinalangelegenheiten vom 31. August 1901 auch den nicht beamteten Ärzten eine „eigenartige Stellung öffentlich rechtlichen Charakters" zuerkennt. Das Reichsgericht erklärt die Ausübung der Heilkunde nicht für ein gewerbliches Unternehmen, sondern für einen Beruf, der kraft der ihm innewohnenden sittlichen Würde und im öffentlichen Interesse frei sein müsse.

Mit diesem nichtamtlichen Teil der ärztlichen Tätigkeit, dem Eintritt in Privatpraxis, wollen wir beginnen.

Der wichtigste Schritt, welchen Sie zu diesem Zwecke unternehmen, ist die Niederlassung. Nur nach reiflicher Überlegung, nicht einzig auf Rat von Verwandten oder Interessenten, welche vielleicht ein Haus

verkaufen oder eine Wohnung vermieten wollen, oder auf Rat eines unzufriedenen Apothekers dürfen Sie den Schritt unternehmen. Der Kauf einer Praxis mit zugehörigem Hause galt bis vor kurzem als rechtlich statthaft, wurde aber von den später zu besprechenden ärztlichen Ehrengerichten mißbilligt. Ich erinnere mich dabei mit Betrübnis einiger Kollegen, welche beträchtliche Summen geopfert haben, aber die erhoffte Praxis nicht erhielten, weil sie einem zweiten ansässigen Arzt zufiel. In jüngster Zeit hat aber das Reichsgericht den Verkauf der ärztlichen Praxis als gegen die guten Sitten verstoßend und damit entsprechende Verträge als rechtsungültig erklärt. Auch die Niederlassung an einem Orte, an welchem Sie kurz zuvor einen Arzt vertreten haben, ohne des letzteren Einwilligung, gilt nicht als standesgemäß. Am besten ist es, Sie holen vor jeder erwogenen Niederlassung den Rat hervorragender Ärzte, oder von der Geschäftsstelle der Ärzte Deutschlands (Leipzig-Connewitz, Herderstraße 1) ein. Die ärztlichen Mitteilungen enthalten sowohl Stellennachweis als ein Verzeichnis der Orte, vor welchen gewarnt wird, sei es, daß dort Kämpfe zwischen Krankenkassen und Ärzten bestehen, oder der Ort und die Umgegend zu unbedeutend sind, um einem Arzt die Möglichkeit einer standesgemäßen Existenz zu gewähren.

In früherer Zeit haben Ärzte vielfach mit Vertretern oder Assistenten ein Abkommen getroffen, daß diese innerhalb bestimmter Frist und in unbestimmtem Umkreise sich nicht niederlassen oder eine Stellung annehmen durften, widrigenfalls sie einer Konventionalstrafe (Konkurrenzklausel) verfielen. Das Reichsgericht hat die Rechtsgültigkeit einer solchen Abmachung aufgehoben.

Von der Niederlassung geben Sie unter Angabe der Sprechstunde in den Lokalblättern zweimal oder dreimal Kenntnis, wobei es nicht verboten ist, Zusätze über eine Assistentenzeit hinzuzufügen. Doch wird häufiges und marktschreiendes Annoncieren der Niederlassung, die Bekanntgabe etwaiger Heilerfolge, die Veranlassung öffentlicher Danksagungen und ähnliches als eine Verletzung der Standesehre betrachtet. Den Spezialärzten steht es aber frei, ihre Sprechstunden häufiger anzuzeigen. Die Anzeige von Freistunden oder von freier ärztlicher Behandlung ist nicht schicklich; Kliniken oder Polikliniken außerhalb der Universität und ohne Beziehung zum Lehrzwecke der Universität zu errichten, gilt als unstatthaft.

Sofort nach der Niederlassung hat sich der Arzt (auch der Militärarzt, welcher Praxis ausüben will) bei dem für den Niederlassungsort zuständigen Kreisarzt oder Amtsarzt unter Vorlegung der Approbation schriftlich oder mündlich zu melden. Das gleiche gilt für Vertretungen und Wechsel des Wohnorts. Sodann hat er möglichst gute Beziehungen zu den Ärzten seines Wohnortes oder des Kreises zu er-

streben und tut gut, alsbald dem ärztlichen Verein einschließlich dem Leipziger Verbande zur Wahrung der wirtschaftlichen Interessen der Ärzte Deutschlands beizutreten.

Ebenso dringend möchte ich dem jungen Arzt raten, in Beziehung zu einer etwaigen Vertragskommission zu treten und nichts zu tun, was ihn in Gegensatz zu seinen Kollegen bringen könnte, vor allem nicht im Gegensatz zu Ärzten des Wohnorts Verträge mit Krankenkassen abzuschließen.

Die Tätigkeit, welche nach der Niederlassung an den Arzt herantritt, ist eine außerordentlich vielseitige. Zunächst ist es die Tätigkeit eines staatlich approbierten Arztes, der durch Anzeige in den Blättern und durch Errichtung eines entsprechenden Schildes an seinem Hause sich verpflichtet, die ärztliche Behandlung in Erkrankungsfällen zu übernehmen. Es handelt sich hier um einen stillschweigenden Vertrag der Geschäftsbesorgung zwischen Arzt und Hilfesuchenden, sobald der letztere den Arzt aufsucht, oder um seinen Besuch bittet. Wir werden darauf später noch zurückkommen.

Die zweite Gruppe umfaßt die ärztliche Tätigkeit, welche der Arzt dadurch übernimmt, daß er Verträge auf ärztliche Leistung an dritte schließt, d. h. daß er sich Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Versicherungsgesellschaften und Anstalten gegenüber verpflichtet, die ihm vertraglich überwiesenen Kranken ärztlich zu behandeln und zu begutachten.

Die dritte Tätigkeit umfaßt die Verpflichtungen, welche durch die Gesetze gegeben sind:

a) so bei ansteckenden Erkrankungen,
b) so durch das bürgerliche Gesetzbuch und Strafgesetzbuch,
c) gegenüber den Kollegen, der Standesvertretung und den Normen, welche der Ehrengerichtshof für das Verhalten der Ärzte aufstellt.

Beschäftigen wir uns zunächst mit der zuerst genannten Aufgabe!

Die Tätigkeit, welche an den praktizierenden Arzt herantritt, ist zunächst eine doppelte, diejenige in der Sprechstunde und diejenige in der Wohnung des Kranken. Als dritte kann diejenige in einem Krankenhause hinzukommen. Da aber die Stellen als leitende Ärzte der Krankenhäuser nicht sehr zahlreich sind, so sollten die Ärzte mehr als seither, entweder für sich oder in Verbindung mit Kollegen, Privatkrankenhäuser errichten. Nach § 30 und 53 der RGO. bedarf der Arzt hierzu die Konzession der höheren Verwaltungsbehörde, die bei Unzuverlässigkeit des Unternehmers und bei mangelnden baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen sowie aus hygienischen Gründen und infolge von Beeinträchtigung der Nachbarschaft (Geisteskranke, ansteckende Krankheiten) versagt oder zurückgenommen werden kann.

In der Sprechstundentätigkeit ist der Arzt berechtigt, jedem Hilfesuchenden seinen Rat zu erteilen. Daß er das tut, ohne den zuvor behandelnden Ärzten zu nahe zu treten, ist Ehrenpflicht.

Die wichtigste Aufgabe bleibt es, stets eine eingehende Untersuchung vorzunehmen, selbst wenn der Patient mit einer, wie er glaubt, ganz harmlosen Frage kommt, ob etwa dieses oder jenes Heilmittel bei dieser oder jener Störung zweckmäßig sei. Sodann haben auf Grund der Untersuchung eingehende Verhaltungsmaßregeln zu folgen. Von dem modernen Arzt wird verlangt, daß er das ganze Rüstzeug der Therapie beherrscht. Leider kommt es häufig vor, daß einzelne für die Praxis wichtige Vorlesungen und Übungen nicht die notwendige Beachtung der Studierenden finden, welche das Leben erfordert. Der Arzt der in dieser Beziehung Mängel hat, empfindet es häufig schwer in der Praxis. Viele theoretisch leicht erscheinende Dinge, wie die Anwendung der physikalischen Heilmethoden, einschließlich Elektrotherapie und Massage erfordern im Einzelfall sichere Kenntnisse und Beherrschung der Technik zur Ausführung und zur Anweisung. Ärzte, die vornehm auf diese Technik herabsehen, schädigen sich und ihre Berufsgenossen durch Begünstigung der Kurpfuscherei. Es bleibt natürlich nicht aus, daß in der Auffassung und Behandlung eines Krankheitsfalles gegenüber einem früheren Arzt Differenzen sich ergeben; in diesem Falle muß der Arzt in vornehmer und taktvoller Zurückhaltung jeder Äußerung über die frühere Behandlung sich enthalten. Das gleiche gilt bezüglich der Verordnungen. Es ist geradezu überraschend, in welcher Weise durch Wiedergabe der Kranken selbst die einfachsten Worte eine Entstellung erfahren.

Wird der Arzt in die Wohnung des Kranken gerufen, so hat er in Notfällen sofort zu kommen. „Die Verweigerung ärztlicher Hilfeleistung in Fällen dringender Lebensgefahr, mag diese durch eine plötzliche schwere Erkrankung oder durch die plötzliche Verschlimmerung einer bereits bestehenden Krankheit herbeigeführt sein, enthält einen Verstoß gegen die ärztlichen Standespflichten." (Beschl. des preuß. Ehrengerichtshofes vom 1. Dezember 1902. A. V. B. 1903. S. 319.)

Befand sich der Patient wegen derselben Erkrankung bereits in Behandlung eines augenblicklich nicht erreichbaren Hausarztes, so hat der hinzugerufene sich mit den notwendigen Anordnungen für die augenblickliche Sachlage zu begnügen. Erklärt der Patient, daß er die weitere Behandlung des zuletzt hinzugezogenen Arztes wünscht, so kann diese nur unter der Bedingung erfolgen, daß der erste Arzt in Kenntnis gesetzt ist und seine Einwilligung gegeben hat. Es empfiehlt sich für den eventuell an Stelle des früheren Arztes eintretenden, sich von der angemessenen Verständigung des ersteren zu überzeugen. Die Kranken und ihre Angehörigen lassen sich häufig grobe Rücksichtslosigkeiten

bei diesem Wechsel zuschulden kommen. Weiß der Arzt, „daß ein Patient in der Behandlung eines anderen Arztes steht, so ist er verpflichtet, den letzteren von der Übernahme der Behandlung zu benachrichtigen." (Entsch. des preuß. Ehrengerichtshofes vom 25. Oktober 1902. A. V. B. 1903. S. 163.)

Allerdings hat der preußische Ehrengerichtshof unter dem 25. Oktober 1902 folgendes erklärt:

„Eine allgemeine Verpflichtung des Arztes, sich vor der Übernahme der Behandlung eines Patienten zu verständigen, ob dieser sich bereits in der Behandlung eines anderen Arztes befinde, läßt sich nicht begründen. Nur wenn besondere Umstände auf die bereits erfolgte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hinweisen, erscheint eine solche Erkundigung angemessen."

Immerhin ist eine Erkundigung richtiger. Es ist gelegentlich vorgekommen, daß ein Kranker sich von zwei Ärzten behandeln ließ und die Tätigkeit des einen vor dem andern geheimhielt. Bei solcher Komödie mitzuwirken ist wenig erfreulich und unwürdig. Es bleibt ja einer Vereinbarung überlassen, daß zwei Ärzte auf Grund gemeinschaftlicher Untersuchung und Beratung einen Kranken zusammen behandeln.

Die Gründe, weshalb ein Patient einen anderen Arzt als Berater wünscht, sind so zahlreich, daß auf sie nicht eingegangen werden kann. Sehr häufig ist es das Bedenken, ob der Arzt der Krankheit die genügende Aufmerksamkeit zuwendet und hinreichende Erfahrung hat. Ratschläge von Verwandten, Erzählungen von Laien über andere Heilmethoden und ähnliches spielen dabei eine hervorragende Rolle. Ein wesentlicher Grund liegt häufig darin, daß der Arzt der Hinzuziehung eines weiteren Arztes zur Beratung entgegen ist, oder einen anderen vorschlägt als der Patient wünscht. Erfüllbare Wünsche eines Kranken sollte der Arzt nicht zurückweisen. Oft schafft eine Konsultation eine große Beruhigung und gibt neue Geduld in manchen Krankheitszuständen, welche nicht rasch oder gar nicht gehoben werden können. Häufig ergibt auch die Beratung mit einem erfahrenen Conciliarius weitere Mittel und Wege zur Behandlung und Linderung an die Hand.

Daß der Arzt außerdem in allen Fällen, in welchen er bezüglich der Diagnose und der einzuschlagenden Therapie unsicher ist, die Verpflichtung hat, nach Möglichkeit die Hilfe eines auf dem betreffenden Gebiet erfahrenen Kollegen zuzuziehen, betrachte ich als selbstverständlich. Salus aegroti suprema lex. Als abschreckendes Beispiel steht mir das Verhalten eines jungen Arztes in Erinnerung, der die Behandlung eines Augenleidens bei einem älteren Herrn übernahm, ohne die notwendigsten Kenntnisse in der Augenheilkunde zu besitzen, und zur Rede gestellt, erwiderte: „Er habe gedacht, der Kranke merke bald, daß er von Augenheilkunde nichts verstehe und werde dann fernbleiben."

Der konsultierende Arzt darf selbst auf Wunsch der Kranken die Behandlung nicht allein weiterführen, so daß also die Stellung des seitherigen Arztes gewahrt wird. Wird ein Kranker einem konsultierenden Arzt zur Untersuchung zugesandt, so ist es wichtig, daß er einen Krankheitsbericht mitbringt.

Bei jedem Krankheitsfall soll nach gestellter Diagnose ein Heilplan entworfen werden. Von beiden wird ein vorsichtiger Arzt dem Patienten und eventuell den Angehörigen Mitteilung machen. Eine große Vorsicht ist bezüglich der Prognose geboten, insbesondere dann, wenn es sich um unheilbare Leiden und zu erwartenden Tod handelt. Es gibt nur ganz wenige Patienten, die dem Tode ruhig ins Auge sehen und die Mitteilung von der bevorstehenden Erlösung von schwerem Leiden dankbar empfinden. Die Angehörigen, welche von der Unheilbarkeit in Kenntnis gesetzt werden, verlieren aber häufig allen Mut zur Pflege, der mißtrauische Kranke sieht die Veränderung der Umgebung und erfährt häufig sein bevorstehendes Ende. Es gibt ja Fälle, wo die Offenheit geboten ist, wenn die Aufsetzung des letzten Willens erforderlich ist. Aber die Erledigung dieser wichtigen Angelegenheit läßt sich gleichfalls unter Formen vollziehen, welche dem Kranken nicht jede Hoffnung rauben. Ich erinnere mich der Erzählung eines befreundeten höheren Offiziers, der mit hohei Auszeichnung drei Feldzüge mitgemacht hatte und einen von mir sehr geschätzten Arzt als einen rücksichtslosen und gefühllosen Menschen bezeichnete, weil dieser ihm monatelang vor dem Tod von dem unheilbaren Nierenleiden der geliebten Frau Mitteilung gemacht hatte. „Monatelang sah ich meine Frau täglich sterben, da will ich lieber noch drei Feldzüge mitmachen," war der Schluß dieser Erzählung.

Der gleiche, von mir sehr geschätzte Arzt, hatte einer nervösen Dame nach reiflicher Überlegung verheimlicht, daß ein Herzfehler auf arteriosklerotischer Basis in Entwicklung begriffen war. Eines Tages suchte die Dame einen bekannten konsultierenden Arzt in einer anderen Stadt auf. Dieser konstatierte ebenfalls die Erkrankung des Herz- und Gefäßsystems und machte der Dame Mitteilung davon. Nun frug die Patientin ob das Übel behoben werden könne und erhielt eine verneinende Antwort. Sie fuhr nun nach Hause zurück, schrieb auf einen Zettel, daß sie wegen eines unheilbaren Herzleidens das Leben nicht mehr ertragen könne und nahm sich durch Sturz aus der zweiten Etage ihres Hauses das Leben. Derartige Fälle zeigen mehr als allgemeine Regeln, welche Anforderungen nicht allein an das ärztliche Können, sondern auch an die Überlegung, die Menschenkenntnis und den Takt der Ärzte herantreten. Auch dem Tüchtigsten werden Erfahrungen nicht erspart, die man als Fehler bezeichnen kann. Wenn der Arzt auf eine ernsthafte Frage nach dem Gesundheitszustand auch verpflichtet ist,

offene Auskunft zu geben, so muß er sich doch stets die Gegenfrage stellen, ob der Patient oder die Angehörigen wirklich ganz ernsthaft Auskunft haben wollen, oder für ihre Beruhigung ein ernsteres Wort wünschen. Auch bei schlecht gestellter Prognose muß der Arzt die möglichen diagnostischen Irrtümer im Auge behalten und sich vorsichtig ausdrücken. Es sind gelegentlich auch Fälle gesund geworden, bei welchen der Arzt das Ableben in 1—2 Jahren vorausgesagt hat.

Daß der Arzt zu operativen Eingriffen, seien sie auch geringfügiger Art, das Einverständnis der Patienten einholt, ist naturgemäß. Ein solches Einverständnis braucht nicht immer in feierlicher Form zu erfolgen. Bei jedem Eingriff und bei jeder Behandlung muß aber der Arzt die größte Sorgfalt walten lassen. Als Maßstab mag das Gefühl gelten, daß er seinen nahestehenden Angehörigen nicht anders behandeln werde.

Eine gewisse Vorsicht für den Arzt ist bei der Untersuchung und Behandlung von Frauen notwendig. Das gilt besonders für den jungen Arzt, der häufig von schwärmerischen jungen Mädchen und gelegentlich auch von Witwen zum Ehebunde erstrebt wird. Erzählungen von Patientinnen in anderer Färbung wiedergegeben oder durch Autosuggestion beeinflußt, haben die Existenz manches Arztes gefährdet. Aber auch der Arzt muß größte Vorsicht bei Fragen von Angehörigen und noch mehr von Bekannten beobachten. Eine unbedachte Äußerung, die als Bruch des Berufsgeheimnisses gedeutet werden kann, vermag die Stellung des Arztes zu gefährden.

Daß der Arzt keine briefliche Behandlung ohne vorangegangene Untersuchung übernehmen darf, ist selbstverständlich. Das ist ein Geschäft der Kurpfuscher.

Der Arzt ist, abgesehen von Notfällen, in der Lage, seine ärztliche Hilfe zu verweigern; er wird das natürlich nur ganz ausnahmsweise tun. Ich erinnere mich der Kleinmalerei eines Kollegen, der manche Familien in der Praxis verloren hatte, weil er Rechnungen schrieb, die nicht beglichen wurden. Als er dann den Kollegen am Wohnort vertrat, hatte er die gleichen Familien in Vertretung des anderen, nunmehr in derselben Weise ausgenutzten, Arztes zu behandeln. Er konnte das in Vertretung nicht einmal verweigern. Daß Ärzte sich in Krankheitsfällen und bei Erholungsreisen gegenseitig vertreten, halte ich für eine erfreuliche allgemeine Errungenschaft der neueren Zeit. Ist eine Vertretung des Arztes am Orte oder durch die benachbarten Kollegen unmöglich, so bedarf der erkrankte oder verreisende Arzt eines auswärtigen Vertreters. Dieser muß unbedingt ein praktischer Arzt sein, da die Vertretung durch Kandidaten der Medizin oder Medizinalpraktikanten nicht gestattet und eventuell auch schwer strafbar ist.

Daß Ärzte an einem anderen Ort als ihrem Wohnsitz Sprech-

stunden abhalten, empfiehlt sich im allgemeinen nicht. Der Ehrengerichtshof hat unter dem 30. Mai 1902 entschieden, daß die Abhaltung ärztlicher Sprechstunden an einem bereits mit einem Arzt versehenen Ort, sofern nicht besondere Verhältnisse eine andere Auffassung begründen, mit den Rücksichten der Kollegialität und den Gepflogenheiten des ärztlichen Standes unvereinbar ist, daß dagegen die Abhaltung ärztlicher Sprechstunden an einem Ort, an welchem kein Arzt ansässig ist, keinen Verstoß gegen die ärztlichen Standespflichten enthält.

Werden Ärzte durch Krankenkassen oder Gemeinden zu Sprechstunden an entfernten Orten verpflichtet, so tun sie gut, die Kontrakte der Vertragskommission oder dem betreffenden Verein vorzulegen.

Besondere Vorsicht muß jedem jungen Arzt bezüglich der Atteste und etwaiger Empfehlung von Heilmitteln angeraten werden. Wir werden darüber später uns noch eingehend unterhalten. Ich betone es aber schon jetzt, weil bei den Bestrebungen, Atteste zu erhalten, häufig auf die Jugend und Unerfahrenheit der Ärzte gebaut wird.

Daß der Arzt seinen Kranken jederzeit, bei Tage und bei Nacht, zur Verfügung stehen muß, bedarf wohl keiner besonderen Betonung. Er kann ja, nachdem er in einem dringenden Fall seine Hilfe geleistet, die weitere Behandlung eventuell ablehnen. Hat aber ein Arzt eine Behandlung übernommen, so darf er nur unter ganz besonderen Umständen seine Tätigkeit abbrechen, will er sich nicht rechtlicher Bestrafung aussetzen. Wir werden auf alle diese Punkte in dem Kapitel Arzt, Strafgesetzbuch und bürgerliches Gesetzbuch zurückkommen. Auch die Aufgaben bei ansteckenden Erkrankungen erfordern ein besonderes Kapitel.

Die besprochenen Punkte beziehen sich im wesentlichen auf die privatärztliche Tätigkeit, wenn auch die gegebenen Regeln für die meisten Fälle ärztlicher Tätigkeit überhaupt passen. Neben der privatärztlichen Tätigkeit nimmt heute diejenige, welche im Auftrag und in Beziehung zu Einrichtungen des Staates sowie zu privater Versicherung ausgeführt wird, eine ganz hervorragende Stellung ein. Gewiß ist auch in dieser Beziehung der Arzt an erster Stelle Arzt. Aber es ist doch ein wesentlicher Unterschied, ob in dem einen Fall der Auftraggeber zur Beurteilung und Behandlung der Kranke selbst ist, im zweiten Fall Beurteilung und Behandlung im Auftrage von dritten erfolgt. Dieses Verhältnis tritt schon ein, wenn ein Arzt im Auftrage der Herrschaft Dienstboten zu untersuchen und zu behandeln hat. In diesem Falle hat der Arzt die Interessen der Herrschaft neben dem ärztlichen Interesse für den Dienstboten zu berücksichtigen. Aus diesem Verhältnis können schwere Konflikte entstehen, wenn die Untersuchten den Arzt verpflichten, das Berufsgeheimnis zu wahren. Sind die betreffenden aber mit dem an den Arzt gegebenen Auftrag einverstanden, d. h. fügen sie

sich ohne Bedingung der Untersuchung, so treten Verhältnisse ein, welche bezüglich Herrschaft und Dienstboten, Auftraggeber und Patienten mit denjenigen von Vormund und Mündel verglichen werden können. Der Arzt hat dann das Recht, offene Auskunft zu geben und seinen Rat zu erteilen.

Diese Beziehungen haben durch die soziale Gesetzgebung, durch die Ausdehnung des Versicherungswesens, durch die Zunahme gerichtlicher Konflikte eine früher nicht geahnte Ausdehnung angenommen. Der Arzt kann hier in die Lage kommen, zunächst in privatärztlicher Tätigkeit von den Patienten in Anspruch genommen zu werden, um nach einiger Zeit mit vertrauensärztlichen Funktionen betraut zu werden. In anderen Fällen wird er zum Vertrauensarzt ernannt, während ein anderer Arzt die Behandlung leitet. Im letzteren Fall ist sorgfältige Rücksicht auf den behandelnden Arzt zu nehmen und womöglich erst nach Beratung mit diesem ein Gutachten auszustellen. Welche Sorgfalt auf Gutachten und Atteste verwendet werden muß, soll das ärztliche Ansehen nicht noch weiter notleiden, wird, wie oben erwähnt, eine ganz eingehende Besprechung erheischen.

Dritte Vorlesung.

Das Krankenversicherungsgesetz.

(Versicherungszwang, fakultative Versicherung, freiwillige Versicherung, Krankenkassen, Beitrag, Aufsichtsbehörde, Leistungen der Kassen.)

M. H.! Die mächtige Entwicklung der Industrie im vorigen Jahrhundert und die große Zunahme der in ihr beschäftigten Personen, hat in unserm Vaterland eine wesentliche Umgestaltung im Gefolge gehabt. Der Überschuß an Arbeitskraft, welcher in den vorhergehenden Jahrzehnten durch die rege Auswanderung fremden Ländern zufloß, fand in Deutschland lohnenden Verdienst. So wuchsen Zentren der Industrie heran und regten neuen Unternehmungsgeist an. Aber diese segensreiche, für den Nationalwohlstand so bedeutungsvolle Entwicklung hatte naturgemäß manche Schäden im Gefolge, welche sich im Laufe der Zeit stärker bemerkbar machten. An Stelle der ländlichen Arbeit, die zum Teil in freier Luft erfolgt, trat vielfach die Arbeit in geschlossenen Räumen und der reichere Verdienst mit der besseren Ernährung wog die entstehenden Schäden nicht immer auf. Es kam aber hinzu, daß der reichere Lohn vielfach nicht der Familie und ihrer Ernährung zugute kam, daß die Zunahme des Luxus, des Alkoholismus einen beträchtlichen Prozentsatz des Verdienstes absorbierten und das Genügen an schlechten, wenig sonnigen und wenig ventilierten Wohnungen das Auftreten von Krankheiten und Invalidität in den Familien der Arbeiter begünstigte. Dazu kamen die größeren Gefahren, welche die Beschäftigung mit Maschinen im Gefolge hatte. Allerdings hatte es die Gesetzgebung versucht, durch das Haftpflichtgesetz, auf das wir später zu sprechen kommen, und durch Einrichtung und Begünstigung von Krankenkassen, den entstehenden Schäden entgegenzutreten. Aber gegenüber den neuen Aufgaben versagten die auf älteren Anschauungen fußenden Maßnahmen. Der zunehmende Wohlstand der durch Energie und Intelligenz sich auszeichnenden Männer ließ die Grenze zwischen den besitzenden und besitzlosen Klassen um so stärker hervortreten, je mehr der Luxus und die Ansprüche an das Leben wuchsen. Allerdings war Lasalles Versuch, mit Hilfe der

Arbeiter eine politische Rolle zu spielen, kläglich gescheitert, aber seine Nachfolger fanden ein dankbares Feld. Die außerordentliche Zunahme der Arbeitnehmer gab ihren Wünschen und Bestrebungen einen lauteren Widerhall, und wenn unter der Führung teilweise ehrgeiziger, teilweise überzeugter Agitatoren auch zunächst nach Utopien gestrebt wurde, so konnte doch kein einsichtiger Staatsmann den neuen Aufgaben bezüglich der Arbeiter sich verschließen. Es ist das unvergeßliche Verdienst Kaiser Wilhelms I. in gemeinsamer Arbeit mit seinem großen Kanzler und dessen Mitarbeitern, besonders des Ministers von Bötticher und des späteren Präsidenten des Reichsversicherungsamtes Bödiker, diese Aufgabe, soweit es zunächst möglich war, gelöst oder der Lösung zugeführt zu haben. Nach zwei Richtungen geht die Arbeiterfürsorge auseinander. Einmal handelt es sich um eine Arbeiterschutzgesetzgebung. Diese schützt oder soll schützen vor körperlichen und sittlichen Gefahren, denen der Arbeiter während der Arbeit in seinem Berufe selbst ausgesetzt ist, sie sucht sittliche Verstöße zu vermeiden durch Beschränkung der Frauen- und Kinderarbeit, sie verschafft dem Arbeiter ein Mindestmaß von Ruhe und Erholung durch die Bestimmungen über die Sonntagsruhe, über die Höchstzeit der Arbeitsdauer, sie legt dem Arbeitgeber eine Reihe von Verpflichtungen zum Schutz der Arbeiter auf. Zweitens handelt es sich um eine Versicherung der Arbeiter gegen Krankheit, Unfall, Alter oder Invalidität, welche durch die Botschaft des Kaisers vom 17. November 1881 angekündigt wurde, um einen Ausgleich der sozialen Gegensätze zu finden, nicht im Wege der Repression sozialdemokratischer Ausschreitungen, sondern gleichmäßig auf dem der positiven Förderung des Wohls der Arbeiter.

Das Krankenversicherungsgesetz trat am 1. Dezember 1884 in Kraft, wurde aber schon ergänzt am 18. Mai 1885 und 5. Mai 1886, sowie 1892, durch die Handwerkernovelle vom 30. Juni 1900 und durch das Gesetz vom 25. Mai 1903.

Als die Krankenversicherung entstand, fand sie in Deutschland schon eine Reihe korporativer, auf Selbstverwaltung beruhender, der gegenseitigen Krankenversicherung dienender Verbände von Arbeitern desselben Berufs oder eines Betriebes vor, so die auf Grund eines Ortsstatuts errichteten Ortskassen für Fabrikarbeiter und Gesellen, so die von Fabrikbesitzern errichteten Kassen, die für Bergarbeiter bestimmten Knappschaftskassen, die wenig bedeutenden Innungskassen und die aus vollständig freier Vereinbarung hervorgegangenen und verwalteten freien Hilfskassen. Das Gesetz benutzte alle diese Organisationen, indem es

1. einen bedingungslosen Versicherungszwang für gewisse Beschäftigungen,
2. einen fakultativen Versicherungszwang,

3. eine freiwillige Versicherung,
4. eine bedingungsweise eingeführte Befreiung vom Versicherungszwang festsetzte.

1. Durch das Gesetz ist ein Versicherungszwang für alle gegen Gehalt oder Lohn in dauerndem Arbeitsverhältnis (d. h. eine Beschäftigung, welche nicht durch die Natur des Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf den Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist) stehenden Personen aus

der Industrie,
dem Handwerk,
dem Handelsgewerbe,
dem Geschäftsbetrieb publizierter Stellen (Anwälte, Notare, Gerichtsvollzieher, Krankenkassen usw.),

ferner für

Betriebsbeamte,
Werkmeister,
Techniker,
Handelsgehilfen, soweit sie nicht 2000 Mk. pro Jahr Gehalt oder Lohn beziehen. Gehilfen oder Lehrlinge in Apotheken sind nicht versicherungspflichtig.

2. Der fakultative Versicherungszwang kann durch Statut einer Gemeinde oder eines Kommunalverbandes auch auf diejenigen Personen ausgedehnt werden (§ 2), welche in der Land- und Forstwirtschaft, welche in der Hausindustrie auf Rechnung anderer Gewerbetreibenden, welche in nicht versicherungspflichtigem Kommunalbetriebe und Kommunaldienst, Reichs- oder Staatsdienst tätig sind, sowie auf Familienangehörige. Weiterhin kann sie ausgedehnt werden auf Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehilfen und Lehrlinge, welche unter 2000 Mk. Einkommen haben, auf Personen, deren Beschäftigung durch die Natur des Gegenstandes oder im voraus auf eine geringere Zeit als eine Woche ausgedehnt ist. So kann für Wasch- und Scheuerfrauen durch Ortsstatut eine Versicherung eingeführt werden.

3. Die freiwillige Versicherung ist gestattet:

a) nicht versicherungspflichtigen gesunden Personen der Arbeiterkreise, deren jährliches Einkommen 2000 Mk. nicht übersteigt (also auch Dienstboten);
b) den aus einem Versicherungsverhältnisse austretenden Personen, durch freiwillige Fortsetzung der Versicherung;
c) durch Beschluß der Gemeinde- oder Kommunalverbände nicht versicherungspflichtigen Personen, welche unter 2000 Mk. Jahreseinkommen haben (kleine Handwerker, Dienstmänner). Doch kann die Kasse durch ärztliche Untersuchung die Ge-

sundheit feststellen lassen. Ein Anspruch auf Unterstützung ist nicht vorhanden, wenn die betreffende Krankheit schon bei dem Eintritt in die Kasse bestand.

4. Bedingungsweise befreit von dem Versicherungszwang sind:
   a) Personen, welche infolge von Verletzungen usw. erwerbsunfähig sind (§ 3a 1);
   b) Personen, welche gegen den Arbeitgeber gleichwertige Rechtsansprüche haben;
   c) Arbeiter in Arbeitskolonien, Wohltätigkeitsanstalten;
   d) die Mitglieder der landesgesetzlichen Hilfskassen, sowie der eingeschriebenen Hilfskassen.

Als die deutsche Krankenversicherung entstand, fand sie, wie oben erwähnt, eine Anzahl auf Selbstverwaltung beruhender, der gegenseitigen Krankenversicherung dienender, Verbände vor; alle diese Organisationen hat die Krankenversicherung benutzt.

Auf Grund der älteren und der neuen Gesetzgebung existieren zurzeit folgende Krankenkassen:

1. die Knappschaftskassen, schon seit Dezennien bestehend;
2. die Innungskrankenkassen für Gesellen und Lehrlinge von Innungsmitgliedern;
3. die neugeschaffenen Ortskrankenkassen, welche entweder die einzelnen örtlich vertretenen Gewerbszweige und Betriebsarten in verschiedenen Ortskrankenkassen oder alle Betriebsarten und Gewerbszweige in einer Kasse vereinigen. Die Ortskrankenkassen umfassen demgemäß die höchste Zahl von Versicherungspflichtigen;
4. die Betriebs-(Fabrik-)krankenkassen, welche in größeren Betrieben von den Unternehmern errichtet, ihre Mitgliederzahl nur auf die Berufsgenossen ausdehnen;
5. die Baukrankenkassen, für größere bauliche Unternehmungen mit fluktuierender Arbeiterschaft errichtet;
6. die Gemeindekrankenversicherung. Dieselbe tritt für alle versicherungspflichtigen Personen ein, welche nicht Mitglieder einer der genannten Kassen oder einer freien Hilfskasse sind, aber der Versicherungspflicht unterliegen. Dieselbe stellt keine eigentliche Krankenkasse im gesetzlichen Sinne dar, sondern mehr eine Einrichtung kommunaler Verwaltung;
7. die landesrechtlichen Hilfskassen, auf Grund landesrechtlicher Bestimmungen;
8. die eingeschriebenen Hilfskassen ohne Beitrittszwang.

In die beiden letztgenannten Kassen können alle diejenigen eintreten, welche sich einer der obigen Kassen nicht anschließen. Die Befreiung von der Zwangsversicherung steht dem Versicherten aber nur dann zu, wenn die Hilfskassen wenigstens die Leistungen der Gemeindekassen erreichen.

Alle diese Krankenkassen sind Genossenschaften mit dem Rechte der Selbstverwaltung. Sie können sich zu größeren Verbänden zusammenschließen, gemeinsame Verträge mit Ärzten, Apotheken, Krankenhäusern usw. eingehen und eigne Anstalten zur Heilung und Verpflegung erkrankter Mitglieder errichten. Ihre finanzielle Sicherung erfolgt dadurch, daß die Arbeitgeber $^1/_3$, der versicherungspflichtige Arbeiter $^2/_3$ der Kosten aufbringen müssen. In der Gemeindekrankenversicherung sollen die Beiträge nicht über $1^1/_2$% des „ortsüblichen Tagelohnes" hinausgehen und nur bei fehlenden Mitteln zur Deckung der Ausgaben bis höchstens 3% erhöht werden können. Der ortsübliche Tagelohn wird von Zeit zu Zeit von der Verwaltungsbehörde festgesetzt. Die Beiträge der Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen dürfen für den auf das versicherte Mitglied entfallenden Beitrag bis zu 4%, keinesfalls über 6% des durchschnittlichen Tagelohnes in getrennter Beschlußfassung von Arbeitgebern und Kassenmitgliedern erhöht werden. Der Betrag des der Unterstützung wie den Beiträgen zugrunde liegenden Satzes darf jedoch 5 Mk. nicht übersteigen. Bei Annahme des letzteren Satzes kann also der Beitrag auf 20 Pf., keinesfalls über 30 Pf. erhöht werden. In der Betriebskrankenkasse hat der Unternehmer aus eigenen Mitteln die notwendigen Zuschüsse zu leisten, falls die gesetzlichen Mindestleistungen durch einen Beitrag von 4% des Arbeitsverdienstes nicht gedeckt werden. Außer der teilweisen Erlaubnis, Eintrittsgelder zu erheben, hat die Krankenkasse die Verpflichtung, einen Reservefonds anzulegen.

Da aber keine Behörde in der Lage ist, den Arbeiter zu überwachen resp. zu eruieren, ob er noch im gleichen Dienst sich befindet oder den Aufenthalt gewechselt hat, so wurde der Arbeitgeber verpflichtet, jeden in seine Beschäftigung tretenden Versicherungspflichtigen bei der zuständigen Krankenkasse (meist innerhalb von drei Tagen) anzumelden und den Versicherungsbeitrag bei der Kasse einzuzahlen, von welchem er sich dann $^2/_3$ zurückerstatten lassen kann.

Die Mitgliedschaft tritt bei den Ortskrankenkassen mit dem Eintritt in die betreffende Beschäftigung ein, falls der Versicherungspflichtige nicht Mitglied einer anderen Zwangskasse oder einer freien Hilfskasse ist. Das gleiche gilt für die Gemeindekrankenversicherung und die versicherungspflichtigen Personen der Betriebskassen. Bei den Knappschaftskassen befreit die Versicherung in einer freien Hilfskasse nicht von der Zwangsversicherung.

Die Beitragspflicht ruht, wenn der Erkrankte erwerbsunfähig geworden, oder von der Krankenkasse Unterstützung erhält.

Die Organe der Kassen sind die Generalversammlung und ein von ihr gewählter Vorstand, der meist aus mehreren Personen, einschließlich des Kassenführers, besteht.

Der Vorsitzende wird gewählt, es können auch ein Arbeitgeber und ein Arbeitnehmer zusammen gewählt werden. Bei den Betriebskrankenkassen kann dem Arbeitgeber und dessen Vertreter durch Statut der Vorsitz vorbehalten bleiben. Doch darf (abgesehen von den Innungskassen) den Arbeitgebern weder in der Generalversammlung noch im Vorstande mehr als ein drittel der Stimmen eingeräumt werden.

Als Aufsichtsbehörde der Krankenkassen fungieren in Preußen der Regierungspräsident, in Bayern die Kreisregierungen, in Sachsen die Kreishauptmannschaften und in den übrigen Bundesstaaten die entsprechenden Ämter. Die Aufsichtsbehörde hat auf Antrag von mindestens dreißig Versicherten das Recht, eine Prüfung und Änderung der von dem Kassenvorstand getroffenen Anordnungen vorzunehmen.

Die vorstehend geschilderten Einrichtungen der Krankenversicherung sind für die Ärzte von der größten Bedeutung geworden. Nach einer Übersicht über die Krankenversicherung, welche das Kaiserl. Statist. Amt von Zeit zu Zeit gibt, betrug:

	1885	1900	1901	1904
Die Zahl der Kassen	18,942	23,021	23,064	21,376
Durchschnittsmitglieder	5398478	9520763	9641742	11418000
Dazu Knappschaftskassen	638392	677822.		

Da in vielen Fällen auch den Familien freie ärztliche Hilfe gewährt wird, so wird von Mayet die Gesamtzahl der Versicherten zu Ende des Jahres 1905 auf etwa 14 Millionen geschätzt. Rumpe nimmt sogar an, daß über die Hälfte aller Deutschen für ärztliche Behandlung versichert sind.

Für die Beurteilung der Leistungen und Verpflichtungen ist es natürlich von großem Interesse, zu wissen, welche Bedeutung den einzelnen Kassen zukommt.

Bezüglich der Mitgliederzahl, Arzthonorar usw. in den einzelnen Kassen war im Jahre 1901 folgendes zu konstatieren:

	Mitgliederzahl	Arzthonorar	pro Kopf	Arzneik.	pro Kopf
Gemeindek.-K.-V.	1465124	3710596	2,53	2321092	1,58
Ortsk.-K. . . .	4550237	15385841	3,98	12272449	2,70
Betriebs-Kr.-K. .	2496743	12981544	5,20	9307155	3,73
Bau-Kr.-K. . . .	15791	82831	5,25	35882	2,27
Innungskassen . .	203809	642428	3,15	440352	2,16
Eingeschr. Hilfsk.	864978	2693122	3,11	1700085	1,92
Landesr.-K. . . .	45062	139648	3,10	117974	2,62

	1885	1900	1901
Einnahmen	66100344	209619526	216294954
„ f. Familienunterst.	—	436009	490821
Ausgabe für ärztl. Behandlung	9060945	34331368	35636010
„ auf ein Mitglied . .	2,32	3,60	3,69
„ für Arzneien etc. .	7072016	25995630	26194989
„ auf ein Mitglied . .	—	2,73	2,72
„ für Krankengeld . .	23717376	68451118	71308638

Jm Jahre 1905 betrug die Zahl der Kassen 22868 mit 11903794 Personen. Die Einnahmen betrugen 288122533 Mk. Die Ausgaben betrugen 272269297 Mk. Von den Ausgaben entfällt etwas über $^1/_5$ auf ärztliche Behandlung.

Im Durchschnitt kommen von 1885—1905 auf Krankengeld 45%, Ärzte 21%, Heilmittel 16%, Anstaltspflege 12,45%, Sterbegeld 3,35%, Wochenbett 1,52%.

Allerdings leidet diese deutsche Krankenkassenstatistik an Mängeln, insofern unter dem ärztlichen Honorar vielfach noch andere Leistungen, wie Massage usw. einbegriffen sind. Der Versuch, aus der Statistik das ärztliche Honorar für die Einzelleistung auf Grund der Krankengeldtage zu berechnen, muß als gescheitert betrachtet werden. Für diese Berechnungen werden neue Formulare nach Heymanns Vorschlag (Richtigstellung der deutschen Krankenkassenstatistik, Weimar) und die Aufstellungen einzelner in der Buchführung sorgfältiger Ärzte heranzuziehen sein.

Sie ersehen aber, welche außerordentlichen Summen durch das Krankenversicherungsgesetz aufgebracht werden und Verwendung finden. Diese Bedeutung wird noch wachsen, wenn durch die geplante Erweiterung die Krankenversicherung auf alle Familienmitglieder ausgedehnt wird, und dann nicht mehr ein Viertel, sondern gewiß die Hälfte der Einwohnerzahl Deutschlands dem Krankenversicherungsgesetz angeschlossen sein dürfte. Aus der Zusammenstellung ergibt sich auch, daß die Ortskrankenkassen und die Betriebskrankenkassen an Zahl ihrer Mitglieder alle anderen Kassen weit übertreffen und somit für die Ärzte die größte Bedeutung haben.

Wenn der Mediziner nach dem Vorgang von Virchow unter Krankheit eine Abweichung vom normalen Lebensprozeß versteht, hervorgerufen durch eine Wechselwirkung äußerer Bedingungen und der inneren regulatorischen Fähigkeiten des Körpers, so versteht das Gesetz darunter (Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts) folgendes:

Im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes ist krank, wer ärztlicher Behandlung bedarf und solange dieses der Fall ist,

dagegen gesund, wer keinen Arzt nötig hat und deshalb seinem Gewerbe nachgehen kann.

Abnormitäten und Difformitäten sind von Krankheiten zu trennen. Der Plattfuß oder eine in früher Jugend erworbene Difformität sind keine Krankheiten im Sinne des Gesetzes. Doch können sekundär durch Hinzukommen von Entzündungen aus Difformitäten Krankheiten entstehen.

Im Sinne des Krankenversicherungsgesetzes ist erwerbsunfähig, der zu derjenigen Arbeit, auf Grund deren er versicherungspflichtig gemacht wurde, durch Krankheit unfähig ist.

Das Minimum, das den Versicherten im Falle der Erkrankung oder der hierdurch bedingten Erwerbsunfähigkeit zu gewähren ist, gibt die Gemeindekrankenkassenversicherung:

1. vom Beginn der Krankheit an freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel;
2. im Fall der Erwerbsunfähigkeit vom dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung ab für jeden Arbeitstag ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter.

Die Krankenkassenunterstützung endet spätestens mit dem Ablauf der 26. Woche nach Beginn der Krankheit, im Fall der Erwerbsunfähigkeit mit dem Ablauf der 26. Woche nach Beginn des Krankengeldbezugs.

Die Gemeinden haben das Recht gewisse Einschränkungen und Erweiterungen eintreten zu lassen, bezüglich deren auf den Auszug aus dem Gesetz verwiesen wird (Anhang).

Die ärztliche Behandlung, Lieferung von Arzneien und die Kur und Verpflegung, welche, abgesehen von dringenden Fällen durch Inanspruchnahme anderer Ärzte usw. als der bestimmten entstehen, können bezüglich der Rechnung abgewiesen werden.

Es kann auch Kur im Krankenhause angeordnet werden:

a) bei Verheirateten mit ihrer Zustimmung oder unabhängig davon unter gewissen Bedingungen;
b) für sonstige Erkrankte unbedingt.

Im Fall der Krankenhausbehandlung erhalten Angehörige, die der Erkrankte seither unterhalten hat, die Hälfte des als Krankengeld festgesetzten Betrages. Die Zahlung kann direkt an die Angehörigen erfolgen.

Die Ortskrankenkasse unterstützt auch Wöchnerinnen und gibt im Todesfall Sterbegelder, kann auch Karenztage abschaffen und das Krankengeld bis auf $^3/_4$ des Tagelohnes erhöhen, sowie für die Rekonvaleszenz und für die ärztliche Behandlung der Angehörigen sorgen.

Weiterhin kann von seiten der Orts-, Betriebs-, Bau-, Knappschafts- und Innungskassen Rekonvaleszentenfürsorge für die Dauer eines Jahres in einem Genesungsheim, Schwangerschaftsfürsorge bei sechsmonatlicher Zugehörigkeit zur Kasse gewährt werden.

Doch dürfen die Leistungen auf Invaliden-, Witwen- und Waisenversorgung nicht ausgedehnt werden.

Nach Beschluß der Statuten kann eine Einschränkung der Leistungen stattfinden:

1. bei doppelter Versicherung ist das Krankengeld so weit zu kürzen, daß es mit der zweiten Versicherung nicht den vollen Betrag des durchschnittlichen Tagelohnes übersteigt;
2. das statutenmäßige Krankengeld kann solchen Mitgliedern eingeschränkt oder entzogen werden, welche die Kasse durch eine mit dem Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte bedrohte strafbare Handlung geschädigt haben oder durch schuldhafte Beteiligung bei Schlägereien oder Raufhändeln oder durch Trunkfälligkeit sich die Erkrankung zugezogen haben.

Doch machen von diesen Einschränkungen nur wenige Kassen Gebrauch, während die Erweiterung der Leistungen, insbesondere von den großen Betriebs-(Fabrik-)krankenkassen aufgenommen wurde.

Eine Betriebskrankenkasse kann eingerichtet werden bei fünfzig und mehr versicherungspflichtigen Personen.

Die Baukrankenkasse soll in der Regel auf Kosten des Bauherrn errichtet werden.

Die Innungs- und Knappschaftskrankenkassen müssen und mußten ihre Statuten dem Krankenversicherungsgesetz anpassen.

Die Mitglieder der eingeschriebenen Hilfskassen brauchen bei entsprechenden Leistungen der Kasse keiner Zwangskasse anzugehören. Sie müssen die Kassenbeiträge selbst bezahlen. Dadurch ist die Finanzierung schwieriger. Auch der Arzt hat kein Anrecht auf Honorierung von seiten der Hilfskasse, sondern ist auf Honorierung seitens der Kranken angewiesen.

Nationalökonomen hofften früher, daß die Gestattung der freien Hilfskassen, als rechtliche Organe der Krankenversicherung, seitens der versicherten Arbeitnehmer eine fruchtbare Mitarbeit auf dem Gebiete der sozialen Fürsorge im Gefolge haben werde. Diese Erwartung hat sich nicht erfüllt, die freien Hilfskassen sind teilweise durch schlechte Verwaltung, teilweise durch Ausnutzung in parteipolitischen Interessen zu einem Kreuz der Krankenversicherung geworden. Außerdem wird die eigenartige Rechtslage seit Jahren von Schwindlern ausgenutzt, welche auf Kosten anderer sich bereichern,

indem sie Hilfskassen gründen, Gelder einziehen, Gehälter verteilen und ihren Verpflichtungen nicht nachkommen. Hier ist eine gesetzliche Änderung dringend geboten. Die gut geleitete und beaufsichtigte Hilfskasse kann insofern einen Wert beanspruchen, als sie eine Erhöhung des Krankengeldes bei doppelter Versicherung im Gefolge hat, indem diejenigen, welche einer Zwangskasse und einer Hilfskasse angehören, an Stelle der freien Behandlung und Arznei von der Hilfskasse eine Erhöhung des Krankengeldes um ein Viertel des Betrages des ortsüblichen Tagelohnes ihres Beschäftigungsortes erhalten. Das Reich läßt von Zeit zu Zeit eine Zusammenstellung der ortsüblichen Tagelöhne erscheinen.

M. H.! Sie haben aus dem Vorstehenden ersehen, welche Vielgestaltigkeit der Kassen existiert, wie außerordentlich wechselnd ihre Leistungen, ihre Zuflüsse sind. Es ergibt sich auch, daß die Anforderungen, welche infolge der Betriebsgefahren an die Kassen entstehen, außerordentlich verschieden sind. Erinnern Sie sich, daß die Bauten im Winter großen Teils ruhen, und die viel im Freien beschäftigten Arbeiter dieses Gewerbszweiges leicht Erkältungseinflüssen ausgesetzt sind! So kommt es, daß vielfach die Arbeitslosigkeit benutzt wird, um bei den Ärzten und den Kassen Heilung von verschieden starken Beschwerden und Unterstützung in verdienstloser Periode zu finden.

Am günstigsten sind die Betriebskrankenkassen gestellt. Zunächst können die Unternehmer die eintretenden Arbeiter auf ihren Gesundheitszustand untersuchen lassen; es geschieht das aber keineswegs immer und in vielen Fällen nur zu dem Zweck, um die Arbeiter ihren Körperkräften entsprechend bei einzelnen Arbeiten zuzulassen. Weiter sind die Betriebskrankenkassen dadurch günstig gestellt, daß die Verwaltungskosten von dem Fabrikherrn getragen werden.

Von noch größerer Bedeutung für den Arzt sind die Ortskrankenkassen, die jeden Zwangspflichtigen aufnehmen müssen. Die sich freiwillig Meldenden können auf Veranlassung des Kassenvorstandes einer Untersuchung unterzogen werden. Kassenmitgliedern, welche gleichzeitig einer freien Hilfskasse angehören, kann das Krankengeld soweit gewährt werden, daß es zusammen nicht den vollen Betrag des durchschnittlichen Tagelohnes übersteigt. Der Kassenvorstand entscheidet auf Antrag des Kassenarztes, ob Kur und Verpflegung in einem Krankenhause in dem betreffenden Fall notwendig ist. Eine Umgehung der Pflichten erfolgt aber gelegentlich dadurch, daß nicht alle Arbeiter angemeldet werden. Nach dem Eintritt in die Ortskrankenkasse haben manche Kassen eine dreitägige Karenzzeit. In Bonn haben die zwangspflichtigen Mitglieder keine Karenzzeit.

Vierte Vorlesung.

Ärzte und Krankenkassen.

(Unzufriedenheit der Ärzte, Unterbietungen, Leipziger Verband, freie Arztwahl, paritätische Einigungskommissionen, Aufgaben des Kassenarztes, Honorierung, Einzelleistung und Pauschale, Hilfskassen, Verbesserung des Krankenversicherungsgesetzes, der Arzt als hygienischer Beirat der Kasse.)

M. H.! Wie sich aus der vorangehenden Vorlesung ergibt, ist dem Ärztestand ein reiches Arbeitsfeld auf Grund der Kassengesetzgebung erstanden. Ein großer Teil der weniger gut situierten Bevölkerung ist jetzt in der Lage, von ärztlicher Hilfe ganz anderen Gebrauch zu machen, als das früher der Fall war, und benutzt dieses Recht in ausgedehntem Maße. Es ist von Interesse, zu verfolgen, wie die Zahl der Einwohner Deutschlands und wie die Zahl der Ärzte zugenommen hat.

Die allgemeine Bevölkerung ist von 1867 bis 1905 von 40093154 auf 60619687 Einwohner, die Zahl der Ärzte etwa in der gleichen Zeit von 13828 (im Jahre 1876) auf 31346 gestiegen.

Es finden also jetzt in Deutschland etwa 16000 Ärzte mehr Beschäftigung, als früher.

Aber trotz dieser Zunahme der Ärzte und der Arbeit entwickelte sich eine immer größere Unzufriedenheit der Ärzte. Eine ganze Reihe unglücklicher Faktoren hat zusammengewirkt, diese Erscheinung hervorzurufen.

In den ersten Jahren des Krankenversicherungsgesetzes wurde die Bedeutung der Krankenkassen zweifellos nicht richtig bewertet. Zunächst war die Zahl der Kassenmitglieder klein, die Arbeitnehmer hatten sich auch noch nicht gewöhnt, ärztliche Hilfe als ihr gutes Recht häufig in Anspruch zu nehmen. So wurden die Kassenarztstellen als kleine Zugabe zur Praxis von einzelnen Ärzten mitgenommen. Aber dieser Zustand änderte sich bald. Die seitherigen Krankenkassenärzte zögerten nicht, eine weitere Kasse anzunehmen, die ihnen auf Grund einer gewissen Erfahrung in Krankenkassenangelegenheiten leichter angeboten wurde. So entwickelte sich gewissermaßen eine ärztliche Monopol-

wirtschaft der Krankenkassenärzte (Alexander). Die jungen in die Praxis tretenden Ärzte, welche früher sofort einige allerdings wenig zahlende Klienten aus Arbeiterkreisen erwarten konnten, standen häufig ohne Tätigkeit da, in hohen Maße unzufrieden über die Verkümmerung ihrer Kenntnisse und häufig im Kampf mit Nahrungssorgen. Demgegenüber hatten einzelne Kassenärzte eine Tätigkeit, der kein einzelner Arzt gewachsen sein kann. Oberflächliche Untersuchung, Abschieben in die Krankenhäuser, Unzufriedenheit der Kranken, Konsultation anderer Ärzte und Aufsuchen von Kurpfuschern war in einzelnen Städten das Resultat.

Der Vorstand der Krankenkassen verschloß den Mißständen teilweise Auge und Ohr, besonders dann, wenn er stolz auf ein gutes Finanzresultat blicken konnte, oder wenn bei einzelnen Kassen die Ärzte entsprechende Abzüge am Honorar für die Parteikasse sich gefallen ließen. Die Aussichten der Kassenärzte hatten aber außerdem dem medizinischen Studium einen größeren Zufluß zugeführt. Nun begann die Zeit der Unterbietungen, die von dem Kassenvorstand, der zu $^1/_3$ aus Arbeitgebern, zu $^2/_3$ aus Arbeitnehmern besteht, mit Vergnügen gesehen wurde. Während auf diese Weise die an und für sich geringen Honorare sanken, wuchs die Inanspruchnahme der Ärzte in unerwarteter Weise, so daß die Bezahlung der einzelnen ärztlichen Leistung eine minimale wurde. Gelegentlich wurden auch Kurpfuscher von den Kassen herangezogen.

Demütigungen, Unterbietungen, minimale Honorierung, Abhängigkeit von einem häufig minderwertigen Vorstand, plötzliche Kündigung, das war der Nachteil dieses fixierten Kassenarztsystems.

Vergebens haben die deutschen Ärzte mit ihren Vorständen lange Zeit Hilfe von seiten der Regierungen erwartet. Als aber der Übermut einzelner Kassenvorstände immer größer wurde, als in Leipzig auch die Behandlung der Familienangehörigen den Krankenkassenärzten ohne jede Entschädigung auferlegt wurde, schlossen sich unter der Führung von Dr. Hartmann in Leipzig zunächst die Leipziger Ärzte und sodann die deutschen Ärzte zur Selbsthilfe zusammen; ein Schutz- und Trutzbündnis aller Ärzte wurde errichtet, das unter dem Namen Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen nahezu 20000 Ärzte vereint. Dieser Vereinigung ist eine völlige Umgestaltung der Kassenarztverhältnisse zu danken. Nicht ohne Kämpfe wurde dieser Verband dem Ärzteverein eingegliedert. Völlig neue Grundsätze für die Kassenarzttätigkeit haben seitdem Platz gegriffen, wesentlich bedingt dadurch, daß die Ärzte gegenüber ungünstigen Bedingungen und Stellungen ihre kassenärztliche Tätigkeit kündigten, und der Zusammenschluß der Ärzte verhinderte, daß andere, minder anspruchsvolle Ärzte an deren Stelle traten.

Dem Leipziger Verband, also der Selbsthilfe, ist viel des heute Erreichten zu danken; die übrigen Organisationen, insbesondere auch die später zu besprechenden Ärztekammern haben im allgemeinen die Direktiven des Verbandes zu den ihrigen gemacht.

Infolge Aufforderung des XXX. Deutschen Ärztetages 1902 wurden überall Vertragskommissionen eingerichtet, nach welchen die Ärzte sich verpflichteten, nicht mehr allein Verträge mit Kassen abzuschließen, sondern nur nach Vereinbarung mit den Kollegen ihres Kassenbezirks. Die Vertragsbestimmungen unterliegen dem Gutachten einer für jeden Kreis gewählten Kommission.

Allerorts soll die freie Arztwahl gefördert und angestrebt werden, und die jungen Ärzte durch Unterschrift eines Reverses sich verpflichten, die allgemeinen Grundsätze anzuerkennen und bei Gelegenheit von Konflikten sich des Wettbewerbs zu enthalten. Und diese Einrichtungen sollen für das ganze Deutsche Reich Geltung haben.

An Stelle des einen vertragschließenden Arztes traten Vertragskommissionen. Meldungen zu Kassenarztstellen sind schriftlich durch die Vertragskommission an den Vorstand der Krankenkasse zu richten. Mündliche Bewerbungen oder Bewerbungen durch Mittelspersonen sind unzulässig. Kein Arzt darf 1. einen Vertrag annehmen oder abschließen

a) durch Unterbietung eines von der großen Mehrheit der bisherigen Kassenärzte geforderten Honorars,
b) durch welchen privaten Vereinigungen (außerhalb des Krankenkassengesetzes) billige ärztliche Hilfe zugesichert wird,
2. Bewerbungen um eine fixierte Kassenarztstelle bei Kassen mit freier Arztwahl einreichen.

Nur die Vertragskommission hat das Recht der Verhandlung und des Vertragsabschlusses. Beiderseitige Kündigungsfrist ist vorzusehen. Der Grund der Kündigung muß angegeben werden. Beschwerden an ein Schiedsgericht oder eine gemischte Kommission sind bei unberechtigt erscheinender Kündigung beiderseits vorzusehen. Von Wichtigkeit ist sodann die Bestimmung, daß ein Arzt nicht mit einem Kurpfuscher an einer Kasse gleichzeitig arbeiten kann.

Auf den Ärztetagen in Halle 1906 sowie in Münster 1907, auf der Versammlung des Leipziger Verbandes 1907 waren die Verhältnisse der Krankenkassen wiederum Gegenstände der Beratung. Erneut wurde betont, 1. daß jeder in Deutschland approbierte Arzt zur Kassenpraxis bei jeder Krankenkasse, in deren Geschäftsgebiet er wohnt, zugelassen werden muß, sofern er sich vorher zur Beobachtung der Vereinbarungen zwischen der Kassenverwaltung und einer dazu befugten ärztlichen Vertretung (Ärztekammer, Vertragskommission, Ärzteausschuß) verpflichtet hat; 2. daß jedem Kassenmitglied, das ärztliche Hilfe notwendig hat,

die Wahl unter diesen Ärzten freisteht; 3. daß paritätische Einigungskommissionen zur Entscheidung von Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Kassenärzten geschaffen werden.

Auch die Notwendigkeit der obligatorischen staatlichen Versicherung der landwirtschaftlichen Arbeiter und Dienstboten wurde betont.

Dagegen wurde eine Festlegung der Honorare, wie sie von vielen Ärzten als Bezahlung der Einzelleistung verlangt wird, nicht zum Beschlusse erhoben.

Schon zuvor hatten verschiedene Ärztekammern den Versuch gemacht, den Vertragskommissionen den Charakter einer staatlichen Institution zu geben, indem sie beantragten, diese als eine ständige kommissarische Abzweigung der Ärztekammer anzusehen. Indessen ist seitens der Regierung diesem Wunsche nicht entsprochen worden. Im allgemeinen hat diese, und wohl mit Recht, das Prinzip vertreten, die Anstellung und Honorierung der Kassenärzte freier Vereinbarung zu überlassen. Neben den allgemeinen Gesichtspunkten kommt in Betracht, daß einmal noch nicht alle deutschen Ärzte mit dem Prinzip der freien Arztwahl einverstanden sind, und sodann einzelne Orte mit nur einem Arzt nicht allein der Arbeiterklasse, sondern auch den bemittelten Patienten gewisse Beschränkung in den Wünschen auferlegen. Doch beginnt der Widerstand gegen die sogenannte freie Arztwahl auch bei den Kassenvorständen geringer zu werden, nachdem sich gezeigt hat, daß die vielen vorhergesagten Schädigungen nicht eingetreten sind. So hat die Eisenbahnbetriebskrankenkasse in Frankfurt versuchsweise das System der freien Arztwahl eingeführt und in Mannheim ist sogar mit der Behörde ein längerer Vertrag zum Abschluß gekommen.

Mit der Ausdehnung des Leipziger Verbandes auf alle deutschen Ärzte und bei vorsichtigem Vorgehen des Vorstandes, wie es seither zum Ruhme des Verbandes geschah, dürften weitere Erfolge nicht ausbleiben. Denn niemand kann verkennen, daß die Stellung der Ärzte und die Honorarverhältnisse nicht allein für die Mitglieder, sondern auch für die abseits des Leipziger Verbandes stehenden Ärzte sich infolge der mächtigen Bewegung wesentlich gebessert haben.

Allerdings wird die Einführung der freien Arztwahl nur dort durchführbar sein, wo alle, oder die größere Mehrzahl der Ärzte bezüglich der Umgestaltung einig sind. Unmöglich kann man z. B. verlangen, daß der seither einzelne Arzt eines Orts, der sich in jahrelanger Tätigkeit eine auskömmliche Stellung erworben hat, einem auf eigne Gefahr zuziehenden Kollegen ohne weiteres die Hälfte seiner Tätigkeit und seines Erwerbs abgibt. Hier sind in der Ausgestaltung der Kassengesetzgebung noch Lücken vorhanden.

Es wird auch kaum ein einheitliches Vorgehen im ganzen Reich

möglich sein. Vielleicht würde eine Regelung der Verhältnisse in den einzelnen Kreisen (durch Kreiskommissionen) den lokalen Verhältnissen am meisten Rechnung tragen. Wo aber freie Arztwahl eingeführt wird, sind angemessene Entschädigungen den einzelnen Ärzten für den Ausfall zu gewähren.

Mit der eingeführten freien Arztwahl ist aber das System der Karenzzeit für den jungen Arzt (in welcher er nicht zur Kassenpraxis zugelassen wird), als Ungerechtigkeit zu bezeichnen.

Es bestehen einstweilen in Deutschland die verschiedensten Systeme kassenärztlicher Verträge:

1. Dasjenige des fixierten Kassenarztes. Hierbei wird einem oder mehreren Ärzten die Behandlung der Kassenmitglieder jeweils eines bestimmten Bezirkes übertragen. Der Arzt erhält für seine Tätigkeit ein Fixum, kann aber durch Beschluß des Kassenvorstandes Kündigung oder Entlassung erhalten. Kassen mit diesen Einrichtungen bestehen noch in einzelnen größeren Städten.

2. Dasjenige des angestellten Kassenarztes mit Honorierung der Leistung nach der Kopfzahl der Krankenkassenmitglieder. Auch hier handelt es sich um Abhängigkeit der Ärzte von einem Krankenkassenvorstand oder auch von einer kleinen Vereinigung von Ärzten. Dagegen ist den Kranken vielfach eine beschränkte Wahl unter einzelnen der angestellten Kassenärzte ermöglicht.

Soweit bei dieser Einrichtung staatlich verwaltete Kassen in Betracht kommen, sind die Schwierigkeiten in der ärztlichen Tätigkeit meist nicht große, aber sie sind doch gelegentlich vorgekommen.

3. Dasjenige der bedingten freien Arztwahl, das in dem vorhergehenden schon seine Schilderung erfahren hat. In diesem System stehen zwei Arten der ärztlichen Honorierung einander gegenüber:

a) dasjenige der Honorierung des einzelnen Arztes nach der Kopfzahl seiner Klienten;
b) dasjenige der Honorierung der Einzelleistung des Arztes, wobei aber von der Honorarforderung stets nur ein Bruchteil (dem Budgetentwurf und dem Vertrag entsprechend) zur Auszahlung gelangt.

Bevor wir aber den Honorarverhältnissen uns zuwenden, wollen wir

die Aufgaben und Pflichten des Kassenarztes

etwas eingehender besprechen.

Der Kassenarzt hat also die Aufgabe, die Kranken der Kasse zu behandeln. Entweder wird dieses dadurch ermöglicht, daß der Arzt eine Liste sämtlicher Mitglieder erhält, oder daß der Erkrankte sich durch eine Mitgliedskarte oder ein von der Krankenkasse abgeholtes Formular eines Krankenscheins legitimiert. Der Arzt hat nun in sorg-

fältiger Weise den Kranken zu untersuchen und seine Verordnungen zu geben, sei es, daß dieses in der Wohnung des Arztes oder des Kranken statthat. Bei allen Verordnungen hat der Arzt aber auf die Verhältnisse der Kasse Rücksicht zu nehmen. Die Mittel sind beschränkt, und es ist demgemäß Aufgabe des Arztes, bei der Verordnung von Medikamenten sparsam zu sein, das heißt, teure Mittel nur dann zu verwenden, wenn sie unbedingt erforderlich sind, allen Luxus bei der Rezeptur zu vermeiden und alles was im Handverkauf und auf einfache Weise zu beschaffen ist, auf diese zu verordnen. Diese Gesichtspunkte sind von den Ärzten nicht immer befolgt worden. Sie können sich aber rasch in entsprechenden Rezepturbüchern unterrichten. Eine den Kassen und den Kranken in gleicher Weise gerecht werdende Arzneiverordnung ist eine der wichtigen Aufgaben des Kassenarztes. Viele Krankenkassen haben besondere Abmachungen mit Apothekern und Drogisten getroffen; durch eine Entscheidung des Oberlandesgerichts in Köln ist es den Krankenkassen auch ermöglicht, die dem freien Verkaufe übergebenen Arzneimittel unmittelbar anzuschaffen und an ihre Kassenmitglieder abzugeben. Wein und Spirituosen, in deren Verordnung vielfach früher ein Unfug eingerissen war, werden jetzt meist nur nach Genehmigung des Kassenvorstandes oder aus einem besonderen Depot abgegeben.

Aber der Kassenarzt hat nicht allein den Kranken zu untersuchen, Notizen über den Krankheitsbefund und die Verordnungen zu machen, er muß auch ein Zeugnis über die Krankheit ausstellen, den sogenannten Krankenschein, auf Grund dessen der Kranke und seine Familie Krankengeld erhalten. Und dieser Schein muß im allgemeinen mit Ende jeder Woche erteilt werden, bis das Gesundschreiben erfolgen kann. M. H.! Beherzigen Sie stets, daß das, was Sie selbst auf derartigen Scheinen schreiben, Ihren Namen trägt, daß Sie dafür einstehen müssen, auch im Notfall vor Gericht. Es ist eine hoch betrübende Erscheinung, daß nicht alle Ärzte hinreichend gewissenhaft sind, nur nach dem eignen Befund zu urteilen, und daß es häufig vorgekommen, daß ein vom Arzt als krank resp. arbeitsunfähig bezeichneter Mensch fröhlich einer anderen Tätigkeit oblag. Daß die Krankenkassen gegenüber einem derartigen Betrug durch Kontrollbeamte sich zu schützen suchen, ist gewiß berechtigt. Sehr große Kassen haben auch besondere Vertrauensärzte angestellt, welche in einzelnen Fällen Nachuntersuchungen veranstalten. Tun sie das in der Wohnung des Kranken, so haben sie den behandelnden Arzt zuvor zu benachrichtigen. Zur Vermeidung des Systems von Vertrauensärzten, welche seitens der Krankenkassen beauftragt sind, haben die Kassenärzte vielfach aus sich Kontrollkommissionen gewählt, welche einmal die Rezeptverordnungen prüfen und sodann Nachuntersuchungen einzelner Fälle auf

Veranlassung der Krankenkassen oder einzelner Ärzte veranstalten und drittens vielfach die Honorarforderungen der Ärzte einer Nachprüfung und Verrechnung unterziehen.

Dem gewissenhaften Arzt fallen aber noch viele Aufgaben zu. Er soll nach Kräften dahin wirken, daß der Kranke der Genesung zugeführt wird, aber nicht der Genesung allein, sondern auch der Arbeitsfähigkeit. Das sind Begriffe, die sich besonders bei chirurgischen Erkrankungen nicht völlig decken. Immer muß der Arzt im Auge behalten, daß die möglichste Arbeitsfähigkeit im Interesse des Kranken, der Familie und der Kasse erstrebt werden muß. Dazu müssen Sie natürlich Erfahrung auf dem Gebiet der Unfallchirurgie besitzen. Ich kann Ihnen nicht dringend genug ans Herz legen, auch diesen Zweig der Medizin auf der Universität zu pflegen. Für innere Erkrankungen kommen natürlich dieselben Gesichtspunkte mutatis mutandis hinzu. Auch hier gilt es, die Arbeitskraft des Klienten herzustellen und möglichst lange zu erhalten. Der moderne Arzt muß die vielseitige Technik der Therapie einschließlich der psychischen Behandlung heute ganz anders beherrschen, als in früherer Zeit. Er muß durch sein ganzes Verhalten auch trachten vollen Einfluß auf den Kranken zu gewinnen und diesen im Interesse des Kranken und der Allgemeinheit verwenden. Er muß auch wissen, daß zu mancher Kur oftmals sechsundzwanzig Wochen nicht genügen. Ich erinnere an beginnende Lungentuberkulose, an Entzündungen der Herzklappen, an die Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten usw. Da ist es Ihre Aufgabe, ein längeres Heilverfahren bei der nächsten in Betracht kommenden Behörde, der Invalidenversicherung, zu beantragen.

Hier erschließt sich, wie Mugdan vor kurzem ausgeführt hat (Verein für öffentliche Gesundheitspflege, Bremen 1907), ein großes Gebiet sozialer Fürsorge dem sorgsamen Arzt. Aber auch weitere Untersuchungen über Krankheit und Gewerbe, über die Vermeidbarkeit gewisser Schädigungen, der vielfach vorhandene Alkoholmißbrauch und der erstrebenswerte Ersatz durch leichte Beschaffung von Kaffee und Milch, die Beschaffung gesunder Wohnungen, die Sorge für Licht und Luft in Wohnungen, Spielplätzen und Erholungsstätten, die Säuglingsfürsorge, der Schutz der Angehörigen durch vernünftige hygienische Maßregeln bei gewissen Erkrankungen (Unschädlichmachung des Sputums, Desinfektion) stellen Aufgaben, welche dem Arzt an erster Stelle zufallen. Wer in diesem Sinne seine Tätigkeit als Kassenarzt auffaßt, wird den Posten mit Erfolg ausfüllen. Bald werden dem Arzt auch Mängel des seitherigen Systems auffallen, der vielfach ungenügende Schutz der Mutter und der heranwachsenden Generation, die vielfach fehlende Versicherung der Familien der Arbeiter, weiterhin manche Fehler, die einstweilen mit der noch

unvollkommenen Versorgung der Armen zusammenfallen. Von seiten erfahrener Ärzte wird betont, daß die völlige Kostenlosigkeit von Medikamenten bei den Krankenkassen zu einer Vergeudung dieser und der Kassenmittel führt. Vieles was der Arzt hier als Schaden aufdeckt, gehört zur Tätigkeit eines sein Vaterland liebenden Staatsbürgers. Aber diese und andere humanitäre Aufgaben, die dem Arzt zufallen, erheischen, daß die eigentliche ärztliche Tätigkeit ausreichend honoriert wird. Das ist aber bis jetzt nicht der Fall. Auch die jetzige Minimaltaxe, die eigentlich nur für Armenverwaltungen sein sollte, ist der verantwortungsvollen Tätigkeit gegenüber zu gering. Eine doch notwendige eingehende ärztliche Untersuchung bei dem ersten Besuch im Hause des Kranken mit zwei Mark, im Hause des Arztes mit einer Mark zu honorieren, halte ich mit Rücksicht auf den Umschwung aller Verhältnisse und das Sinken des Geldwertes für unwürdig. Zu leicht entsprechen dann die Leistungen der Devise „billig und schlecht", die einst in Amerika der deutschen Industrie unermeßlichen Schaden gebracht hat. Der Staat hat aber das größte Interesse daran, daß eine angesehene Stellung der Ärzte erhalten bleibt; zunächst liegt es nicht im Staatsinteresse durch Erregung berechtigter Unzufriedenheit das Lager der nach Umwälzungen trachtenden unzufriedenen Massen zu verstärken. Sodann führt eine angemessene Bewertung der Ärzte durch den Staat auch zu einer entsprechenden Bewertung seitens der Arbeitnehmer, und das liegt gewiß im Interesse des Staates, der Industrie und der Gewerbe.

Eine entsprechende Honorierung erheischt naturgemäß eine Aufstellung der geleisteten Arbeit. Es ist also für den Kassenarzt ebenso wie für jeden Arzt ein dringendes Erfordernis, sorgfältig Buch über seine Leistungen zu führen. Erst auf Grund einer sorgfältigen Aufzeichnung der Leistungen läßt sich berechnen, wie hoch die Krankenkassen die ärztlichen Kosten für das einzelne Mitglied veranschlagen müssen. In dieser Beziehung sind noch viele Mängel zu beseitigen. Einzelne Krankenkassen sind viel zu klein, um schwierigen Zeiten und Aufgaben gewachsen zu sein, vielfach sind auch die Verwaltungskosten im Verhältnis zu den Leistungen zu hoch. Wir hoffen, daß eine weitere Änderung der Gesetzgebung hier Hilfe schafft.

Honorierung der Ärzte.

M. H.! Ich habe bei Besprechung der verschiedenen Systeme von Krankenkassenärzten auch die verschiedene Honorierung bei Kassen mit freier Arztwahl kurz erwähnt.

Ich muß auf diesen Punkt noch eingehen, weil er mir einer der wichtigsten für die Zukunft zu sein scheint. Von vielen Vertragskommissionen sind Vereinbarungen mit der Krankenkasse in der Art

getroffen, daß die Ärzte ihre Leistung der Vertragskommission in Rechnung stellen. Diese Leistung wird nun teilweise so berechnet, daß die Beratung im Hause des Arztes und der Besuch im Hause des Kranken getrennt berechnet werden, oder daß für die verschiedenen Leistungen verschiedene Zahlenwerte in Points eingesetzt werden, so für die Beratung in der Wohnung des Arztes 1 Point, für einen Besuch 2 Points, eine Massage 3, eine Operation 5—50 Points. Wären alle Ärzte von ihren allseitigen Pflichten gleichmäßig durchdrungen, so wäre dieses System gewiß ein gerechtes. Aber von hervorragenden und erfahrenen Ärzten wird darauf aufmerksam gemacht, daß dieses System die ärztliche Polypragmasie und Operationswut anrege, nicht immer zum Nutzen der Kranken, häufig zum Schaden der Kassen. Ich kann jedenfalls aus meiner Erfahrung bestätigen, daß bei Patienten ganz überflüssige, durch nichts begründete Operationen gelegentlich vorgenommen sind.

In anderen Kassen werden nur Beratungen im Hause des Arztes und Besuche getrennt berechnet, besondere spezialistische Operationen sind nur mit Genehmigung vorzunehmen und werden nur dann honoriert. Das ist etwa das System der Bonner Ortskrankenkasse mit 10404 Mitgliedern. Man kann dagegen höchstens geltend machen, daß manche Ärzte mehr Besuche machen als nötig ist und dadurch einmal das Honorar für die Einzelleistung drücken, vielleicht auch eine nicht notwendige Ausdehnung der Krankheitstage bewirken. Die Bonner Ortskrankenkasse sucht etwaigen Schäden dieses Systems durch die Tätigkeit einer Kontrollkommission entgegenzutreten, welche durch Nachuntersuchungen einzelner Fälle und Prüfung der Rechnungen die Tätigkeit des einzelnen Arztes kontrolliert und sodann die für ärztliche Leistungen zur Verfügung stehende Summe im Verhältnis der anerkannten Leistungen verteilt. Ärzten, welche durch Fahrlässigkeit eine längere Arbeitsenthaltung begünstigen, als notwendig, können auch die Kosten der Nachuntersuchung und andere Mehrkosten des Falles aufgebürdet werden. In Kassen mit sorgfältig entwickeltem System der Kontrollkommission ist die Durchführung dieser Art Honorierung der Einzelleistung möglich. Man muß aber stets hervorheben, daß niemals die volle Einzelleistung, sondern nur ein Bruchteil dieser (auf Grund der verfügbaren budgetmäßigen Summe für Ärzte) entschädigt wird. In Bonn zahlt der Kassenvorstand pro Kopf der Kassenmitglieder an die Vertragskommission im Jahre 1904 3 Mk., vom 1. Januar 1907 ab: 4,50 Mk., vom 1. Januar 1909 ab: 5 Mk. Es standen also für ärztliche Leistungen im Jahre 1906 31212 Mk. zur Verfügung, während die ärztliche Forderung 51820 Mk. betrug. Somit konnten von dieser nur 60% entschädigt werden. Allerdings mußte die Kasse für Zahnärzte, orthopädische Behandlung, Röntgenaufnahmen, chirurgische Hilfe, Nachuntersuchungen noch

4733 Mk. außerdem bezahlen. Ist somit die eigentlich ideale Forderung — Honorierung der Einzelleistung — nicht durchführbar, ist weiterhin die Honorierung so gering, daß für eine Beratung im Hause des Arztes 60 Pf. (später mehr) bezahlt werden, so erscheint die Frage gewiß berechtigt, ob die von älteren und erfahrenen Ärzten betonten Nachteile dieses Systems im Verhältnis zum Werte des Verfahrens stehen, und ob nicht ein anderer gleich guter oder besserer Modus sich findet.

Man muß stets im Auge behalten, daß der Kranke, der die Einzelkosten nicht selbst trägt, möglichste Ausdehnung der ärztlichen Tätigkeit erstrebt, während der Privatpatient in Rücksicht auf die Kosten weniger anspruchsvoll ist und diese Anschauung auch seinem Arzt gegenüber gelegentlich zum Ausdruck bringt. In dieser wichtigen Differenz liegt eine Schwierigkeit der kassenärztlichen Tätigkeit; wer den Kassenpatienten nicht hinreichend willfährig erscheint, setzt sich Vorwürfen von dieser Seite und dem Verlust der Praxis aus, wer dem Kranken mehr als nötig zu Willen ist, erweckt den Verdacht, daß er das eigene Interesse gegenüber dem allgemeinen in den Vordergrund stellt.

Es fragt sich nun, wie lassen sich diese offenbaren Schwierigkeiten am besten vermeiden, ohne auf die freie Arztwahl zu verzichten.

Ich möchte Ihnen deshalb von einer andern Honorierungsart bei freier Arztwahl berichten, die seit mehr als einem Jahrzehnt besteht, von welcher mir ein Mitglied der rheinischen Ärztekammer (Herr Dr. Kömstedt) gesagt hat, das sie das beste System sei, was er kenne.

Es handelt sich um einige nah zusammenliegende Gemeinden von etwa zwölftausend Einwohnern. In diesen Gemeinden befinden sich sechs Krankenkassen, welche in der gleichen zu besprechenden Art verwaltet werden. Ich greife aus diesen nur zwei Betriebskrankenkassen heraus, weil mir diese seit Jahren mit allen Abrechnungen bekannt sind. Es sind die Krankenkassen der Firmen Niedieck & Co. und J. L. de Ball & Co. Nachfolger in Lobberich.

Diese beiden Kassen haben zusammen 3400 Mitglieder. Jedes dieser Mitglieder kann den Arzt seines Vertrauens wählen. Es kann auch nach Ablauf eines Vierteljahres einen anderen Arzt wählen. Der Modus der Wahl ist sehr einfach. Das Mitglied der Krankenkasse erklärt durch Eintragen in eine Liste im Monat Dezember, wer im folgenden Jahr sein Arzt ist. Die Liste der zugehörigen Krankenkassenmitglieder wird nun vor dem 1. Januar dem betreffenden Arzt zugesandt, so daß dieser ein Verzeichnis seiner Klienten hat. Ist das Krankenkassenmitglied mit dem Arzt unzufrieden, so kann es jeweils vor Ablauf eines Vierteljahres seine anderweitige Wahl dem Bureau mitteilen. Dieses übermittelt die Korrekturen der Hauptliste an die Ärzte.

Die Honorierung der Ärzte erfolgt nun in der Art, daß für jedes

Mitglied eo ipso pro Jahr 3 Mk. 50 Pf. bis 4 Mk. bezahlt werden, der höhere Satz bei größerer Entfernung der Wohnung vom Arzt. (Vom 1. Januar 1908 ab soll der Satz auf 4 Mk. bis 4 Mk. 50 Pf. erhöht werden.)

Außerdem werden Operationen, Geburtshilfe und alle Leistungen, welche nach der staatlichen Gebührentaxe mit 5 Mk. und höher bewertet werden, extra vergütet, ebenso die Leistungen der Spezialärzte. An ärztlichem Honorar wurden 1906 insgesamt 14808,52 Mk. bezahlt, so daß also auf den Kopf des Mitglieds 4 Mk. 35 Pf. an ärztlichem Honorar entfallen. Demgegenüber zahlte die Bonner Ortskrankenkasse bei 10713 Mitgliedern im Jahre 1906: 35945,75 Mk. an Honorar, so daß auf den Kopf 3 Mk. 35 Pf. an ärztlichem Honorar entfällt.

Die Zahl der Krankentage*), die vielleicht zum Vergleich der Anforderungen an ärztliche Hilfe herangezogen werden kann, ergibt 13112. Von diesen kommen aber 1844 auf Hospitalpflege, so daß 11268 Krankheitstage außerhalb des Hospitals bleiben.

Es entfällt somit in Lobberich 1 Mk. 31 Pf. für ärztliche Behandlung auf den Krankheitstag. Diese Verhältnisse sind in Bonn ganz anders. Von 88490 Krankheitstagen entfällt mehr als ein Drittel (31200) auf das Hospital. Es erübrigen 57290 Krankheitstage außerhalb des Hospitals, und bei 35945,75 Mk. Honorar entfällt auf den Krankheitstag an ärztlichem Honorar

0,627 Pfennige.

Werden die in Hospitalpflege verbrachten Krankheitstage nicht in Abzug gebracht, so entfallen auf den Krankheitstag

in Lobberich 1,12 Pf.
in Bonn 0,406 Pf.

Dadurch daß in Bonn mehr als ein Drittel der Krankheitstage von den besoldeten Ärzten der Krankenkassen auf die Hospitalärzte übertragen wird, steigt das ärztliche Honorar für den Krankheitstag von 0,406 Pf. auf 0,627 Pf.

Diese Honorierung des Krankheitstages in Bonn ist also, mit oder ohne Abwälzung auf die Krankenhäuser, als außerordentlich gering zu bezeichnen, aber die Zahl der Krankheitstage ist auch außerordentlich groß.

Auf ein Mitglied entfallen an Krankheitstagen:

in Bonn	in Lobberich
8,2 Tage	4,1 Tage

Das ist das Doppelte in Bonn gegenüber Lobberich.

*) Naturgemäß ist der Vergleich der Krankheitstage nur ein Notbehelf, da nicht jeder Krankheitstag eine ärztliche Leistung repräsentiert, und ärztliche Leistungen häufig ohne Krankheitstage in Anspruch genommen werden.

An Heilmitteln entfallen auf Mitglied und Jahr:

in Bonn	in Lobberich*)
5,366 Mk.	2,43 Mk.

An Hospitalpflege entfallen auf ein Mitglied und Jahr:

in Bonn	in Lobberich
5,1 Mk.	0,83 Mk.

Dieser Vergleich ist äußerst lehrreich, Er zeigt zunächst, daß die Honorierung pro Krankheitstag in Lobberich viel höher ist als in Bonn. Damit stimmt die Mitteilung von Dr. Kömstedt, nach dessen Aufzeichnungen die Honorierung der einzelnen Leistung im Jahre 1906 um 18—20% hinter der Minimaltaxe zurückblieb, während in Bonn der Ausfall trotz der großen Zahl von Hospitalkranken 40% ausmachte.

Es beweist das natürlich nicht, daß der gleiche Satz von allen Lobbericher Ärzten erreicht wird. Ich habe nur die Tätigkeit eines Arztes im Auge, der wegen seiner Tüchtigkeit und Gewissenhaftigkeit großes Ansehen genießt, und von dem ich voraussetze, daß er sicher die ärztlich notwendigen Leistungen ausführt. Daß vielleicht andere, zur Erwerbung einer größeren Praxis, mehr Besuche machen, als nötig ist, will ich nicht bestreiten. Aber derartige Bestrebungen fallen bei dem Lobbericher System nicht der Krankenkasse zur Last.

Ich möchte aber betonen, daß ich auch die jetzige Honorierung in Lobberich noch nicht für genügend halte. Ich habe mich deshalb bei einer Anfrage an mich auf das wärmste dafür ausgesprochen, daß das Honorar von 3 Mk. 50 Pf. bis 4 Mk. auf 4 Mk. bis 4 Mk. 50 Pf. erhöht wird. Es schweben darüber noch Verhandlungen.

Wird in Bonn im Laufe der nächsten Jahre eine Erhöhung auf 5 Mk. pro Kopf und Mitglied erfolgen, so wird beim Bestehenbleiben des seitherigen Modus das ärztliche Honorar pro Krankheitstag

*) Auch in Lobberich waren die Ausgaben für Heilmittel nicht immer so niedrig wie jetzt. Vor Jahren war den Ärzten freigestellt, Wein und Spirituosen aus den Apotheken zu verordnen. Mit der Tätigkeit einiger jüngerer Ärzte zeigten die einlaufenden Apothekerrechnungen ein überraschendes Ansteigen von Spirituosen. Nun wurde beschlossen, daß Wein und Spirituosen nur mit Genehmigung des Vorstandes auf ärztliche Empfehlung abgegeben werden. Aber auch bezüglich anderer Heilmittel sind die Differenzen zwischen den Verordnungen der einzelnen Ärzte ganz beträchtlich. Während die Verordnungen des einen Arztes pro Mitglied und Jahr 1,90 Mk. kosten, betrugen die Kosten bei einem anderen 6,01 Mk., übertreffen also den Bonner Durchschnitt noch. Gegenüber Auswüchsen ist also eine Kontrolle unerläßlich. In L. wurde dieselbe zunächst durch einen Vertrauensarzt durchgeführt. Aber der gewissenhafteste Arzt hat bei seiner mühenvollen Tätigkeit nicht immer die Zeit zu eingehender Rezeptprüfung. Deshalb erfolgt die Prüfung zurzeit durch eines der vielen Bureaus. In diesem Fall sollten die Monita an die Kontrollkommission oder den gewählten Obmann gehen, damit in einer Zusammenkunft der Ärzte die Berechtigung der Verordnung besprochen werden kann.

bei Fortfall der Hospitalfälle auf 1 Mk.
mit Einrechnung der Hospitalfälle auf 70 Pf.

zu stehen kommen.

Ich glaube, diese Vergleiche sprechen in außerordentlicher Weise zugunsten der Kassen in Lobberich. Jedenfalls ist die Honorierung der ärztlichen Leistungen nach dem Lobbericher System nicht schlechter, sondern eher besser als in Bonn. Für Bonn ist aber weiter folgende Tatsache überraschend: Auf ein Mitglied der Bonner Ortskrankenkasse entfallen zweimal so viel Krankheitstage und mehr als zweieinhalbmal so viel an Medikamenten und Heilmitteln als in Lobberich.

Man könnte nun der Erwägung Raum geben, ob die Mitglieder der Ortskrankenkasse in Bonn an Gesundheit soweit hinter der Weberbevölkerung des Niederrheins zurückstehen, um eine derartige Differenz erklärlich zu machen. Das scheint aber nicht wahrscheinlich. Auch ein besonders guter Geschäftsgang, welcher infolge hohen Verdienstes von Kranksein abhielt, bestand im Jahre 1906 nicht.

Diese Ergebnisse lassen die Frage berechtigt erscheinen, ob die beste ärztliche Kontrollkommission genügt, um Überschreitungen der einzelnen Mitglieder durch Besuche, Zeugnisse über Krankheitstage und durch überreiche Verordnung von Medikamenten zu verhindern?

Gewiß wird es erforderlich sein, bei einer großen Zahl von Krankenkassen mit Honorierung der Einzelleistung die Ausgaben, den obigen Resultaten entsprechend, zu revidieren. Zeigt sich auch hier das gleiche Resultat, so wird es richtiger sein, die sogenannte ideale Forderung mit den Verhältnissen des realen Lebens in Einklang zu bringen.

Das System der freien Arztwahl wird dadurch nicht tangiert. Jedenfalls schien es mir richtig, auf die Verhältnisse, wie sie sich an anderen Kassen mit freier Arztwahl aber anderem System der ärztlichen Honorierung gestalten, hier einzugehen. Ich neige der Anschauung zu, daß bei diesen die Honorierung der ärztlichen Leistung mindestens die gleiche, wenn nicht eine höhere ist als in Bonn, und daß einige Nachteile vermieden werden, welche geeignet sind, den Kassen größere Lasten aufzulegen als notwendig und im Interesse der Durchführung der sozialen Gesetzgebung erwünscht ist.

Eine besondere Besprechung erheischen die ärztlichen Leistungen für überwiesene Kranke. Auf Erfordern einer Krankenkasse erhalten Kranke, welche außerhalb des Bezirks wohnen oder verzogen sind, seitens der am neuen Wohnort befindlichen Kassen (Ortskrankenkasse oder Gemeindeversicherung) die gleiche Unterstützung wie im Bezirk der Kasse, also freie ärztliche Behandlung usw. Die Kosten werden in gewissem Maße zurückerstattet, auch höhere Aufwendungen, falls sie nachgewiesen werden. Diese Überwiesenen gehören nicht eigentlich zur Krankenkasse und demgemäß nicht zu den pflichtgemäß zu be-

handelnden Fällen des betreffenden Kassenarztes. Der letztere kann also für deren Behandlung nach den Mindestsätzen der Gebührenordnung liquidieren und sollte stets dazu angehalten sein. Werden solche Fälle ohne jede Renumeration dem Kassenarzt aufgebürdet, so resultiert nur zu leicht eine gewisse Zurücksetzung dieser Fälle, und ein derartiges Resultat liegt gewiß nicht im Sinne der Gesetzgebung.

Zum Schluß müssen wir uns noch etwas mit den freien Hilfskassen und den sogenannten Mittelstandskrankenkassen beschäftigen. Wie ich schon oben ausführte, sind die freien Hilfskassen vielfach als Mißgeburten zu bezeichnen, die zur Ausbeutung der arbeitenden Klassen, der Ärzte und der Krankenhäuser unter der Fahne ihrer Konzession geführt haben. Als Kassen, die von der Versicherungspflicht befreien, sollten sie gesetzlich aufgehoben werden. Die Mitglieder der freien Hilfskassen, die meist über große Bezirke verteilt sind, können natürlich jeden Arzt aufsuchen, aber die betreffende Hilfskasse haftet dem Arzt nur dann, wenn sie einen Verpflichtungsschein ausstellt. Und auch dann ist die Honorierung oft zweifelhaft. Der Arzt wird demgemäß am sichersten handeln, wenn er von Mitgliedern einer freien Hilfskasse sofort Honorar fordert.

Eine etwas andere Stellung nehmen die in jüngster Zeit viel diskutierten Mittelstandskrankenkassen ein. Trotzdem der Krankenkassengesetzgebung mit der naturgemäßen Beschränkung der freien Privatpraxis schon in der heutigen Fassung viele Ärzte mit Bedenken und Mißtrauen gegenüberstehen, haben verschiedene Parteien des Reichstags den Antrag eingebracht, neben der Beseitigung der Kassenzersplitterung und der Ausdehnung der Versicherungspflicht auf land- und forstwirtschaftliche Arbeiter, allen Personen mit einem Gesamteinkommen unter 3000 Mk. den Eintritt in die Krankenversicherung zu ermöglichen. Der Antrag ist noch nicht zur Beratung gekommen. Es kann also nicht wunderbar erscheinen, wenn viele Berufskreise mit einem derartigen oder auch höherem Einkommen für Krankheitsfälle sich billige ärztliche Hilfe verschaffen wollen. Auf dem Boden dieser Bestrebungen sind die zentralisierten kaufmännischen Hilfskassen und andere Mittelstandskassen entstanden. Die Ärzte haben sich geweigert, mit derartigen Kassen Verträge abzuschließen. Indessen kann man sich der Einsicht nicht verschließen, daß das Sinken des Geldwertes für Menschen mit derartigen Einnahmen besondere Gefahren gefördert hat und ein Versuch der Versicherung gegen Krankheit eine Berechtigung hat. Hartmann, Leipzig, hat auch hier einen gangbaren Weg gezeigt, indem er auf die Möglichkeit von Tarifverträgen hinwies. Durch Anwendung entsprechender Gebührensätze und durch Trennung der Versicherungspflichtigen mit einem Einkommen unter 2000 Mk. von den bessersituierten in den Tarifen, lassen sich die Schwierigkeiten gewiß be-

seitigen. Die gleiche Trennung in staffelförmige Tarifsätze müßte auch bezüglich derjenigen eintreten, welche durch freiwillige Versicherung oder Weiterversicherung einer Krankenkasse angehören, aber Einkommen von mehr als 2000 Mk. und 3000 Mk. haben.

Daß eine Umgestaltung der Krankenkassengesetze in mancher Beziehung wünschenswert, ja erforderlich ist, hat schon mehrfach Betonung gefunden. Insbesondere sollte durch Bildung größerer, leistungsfähigerer Verbände die Zahl der Kassen vermindert werden; sodann sind Vorkehrungen notwendig, um viele Kassen in gesunde, dem allgemeinen Wohl dienliche Bahnen zu lenken und parteipolitische Auswüchse zu beseitigen. Weiterhin sind Maßnahmen zu erstreben, welche dem Betrug und der mißbräuchlichen Benutzung öffentlicher Mittel Schranken auferlegen. Manche Krankenkassenvorstände sind zwar über die ihnen auferlegten Pflichten hinausgegangen und haben durch Einrichtung von Rekonvaleszentenhäusern und durch Gewährung von Mitteln für längere Kuren sich den Ruhm erworben, ihren Mitgliedern große Vorteile zugewandt zu haben. Diese vereinzelten Bestrebungen sind gewiß warm zu begrüßen, aber sie können nur dann als gerechtfertigt gelten, wenn alle näherliegenden wichtigen Aufgaben erfüllt sind. Das kann aber von den meisten Kassen nicht gesagt werden. Die Krankenkassen sind ein Glied der großen sozialen Gesetzgebung und teilweise die Basis der übrigen Versicherungszweige.

Von diesem Gesichtspunkt aus haben dieselben noch wichtige bisher unerfüllte Aufgaben. An erster Stelle ist die Sorge für genaue Befundberichte bei den in Behandlung tretenden Kranken zu nennen. Diese Befundberichte sind erstens in Rücksicht darauf notwendig, daß alles für die Wiedergewinnung der Arbeitsfähigkeit Notwendige geschieht, zweitens aber als Unterlage für die Unfall- und Invalidenversicherung. Um diese Aufgabe zu erfüllen, ist aber ein Zusammengehen mit den Ärzten notwendig. An Stelle dessen haben die Krankenkassenvorstände die ärztliche Tätigkeit nach Kräften moralisch und pekuniär herabgedrückt und durch betrübende Honorarkämpfe andere wichtige Aufgaben geschädigt. Eine Hauptaufgabe bleibt aber außerdem die möglichste Einschränkung der Berufskrankheiten und Unfälle, ihre sorgfältige Feststellung, die Klarstellung der Entstehung und die Beseitigung der Ursachen, soweit das möglich ist. Auch nach dieser Richtung haben die Krankenkassen kaum etwas geleistet. Den zuletztgenannten Aufgaben wird durch Beirat eines hygienischen Ratgebers der Kasse am besten genügt werden können.

Hier bietet sich tüchtigen Ärzten als Mitglieder des Krankenkassenvorstandes ein weites und segensreiches Arbeitsfeld auch außer der eigentlichen Kassenpraxis. Roth erwartet auch von der Belehrung der Arbeiter, durch Vorträge und Merkblätter seitens dieses Arztes, Gutes. Ich habe der Meinung Ausdruck gegeben, daß dieser Arzt der Hauptträger eines Krankenkassen, Unfall- und Invalidenversicherung verknüpfenden Amtes sein müsse. Die Schaffung einer derartigen Stellung an den vergrößerten Krankenkassen ist jedenfalls eine Aufgabe, der sich die Gesetzgebung auf die Dauer kaum entziehen kann.

Es wird das allseitige Bestreben dahin gehen müssen, daß der Vorstand der Krankenkassen, an deren Sitzung auch ein Kassenarzt als beratendes Mitglied teilnehmen sollte, und die Ärzte einträchtig, zum Wohle der Allgemeinheit, zusammen arbeiten. Als goldener Faden zieht sich durch die sozialpolitische Gesetzgebung die Aufgabe, die Genesung der Erkrankten möglichst zu fördern, die Arbeitskraft des Volkes zu erhalten und, wie wir weiter sehen werden, den Invaliden der Arbeit eine gewisse Sicherheit der Existenz zu geben. Daß dabei auf die Kosten gewisse Rücksichten zu nehmen sind, liegt in der Natur der Sache. Dieses Ziel wird aber durch ein freudiges und energisches Zusammenarbeiten aller interessierten Kräfte am besten erreicht werden.

Fünfte Vorlesung.

Die Unfallversicherung.

(Haftpflichtgesetz von 1871, Zwangsversicherung der Unfallgesetze, Umfang der Versicherung, Krankenkassenpflichten, ärztliche Behandlung usw., Renten, Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung, Reichsversicherungsamt, Feststellung des Unfalls.)

M. H.! Die größeren Gefahren, welche die zunehmende Industrie mit der Einführung eines ausgedehnteren maschinellen Betriebes im Gefolge hatte, veranlaßten naturgemäß eine beträchtliche Zunahme der Betriebsunfälle. Soweit nicht von seiten der Unternehmer für die Verunglückten einigermaßen gesorgt wurde, was im allgemeinen nicht der Fall war, fielen diese vielfach der Armenpflege zur Last. Diesen Übelständen suchte das im Jahre 1871 ergangene Haftpflichtgesetz entgegenzutreten, wodurch der Unternehmer eines Betriebes haftpflichtig wurde für Unfälle, sofern dieselben durch Verschulden des Unternehmers oder eines Betriebsbeamten hervorgerufen waren. Dabei fiel dem Verunglückten die schwere Beweislast des Verschuldens zu. Da aber die Unternehmer sich bei Privatversicherungsgesellschaften gegen die Folgen von Betriebsunfällen versicherten, so entspann sich der unerquickliche Rechtsstreit in der Regel mit den Versicherungsgesellschaften. Der Ausgang der Prozesse zeigte in vielen Fällen, daß der Absicht der Gesetzgeber durch das Haftpflichtgesetz nicht genügt war.

Diese Erfahrungen befestigten die Überzeugung von der Notwendigkeit einer anderweitigen gesetzlichen Fürsorge für die durch Unfälle in gewerblicher Arbeit Geschädigten. Gewiß hat es nicht an Menschen gefehlt, welche die Versicherung gegen Unfälle als eine Pflicht des einzelnen und die zwangsweise Versicherung als eine Bevormundung betrachteten. Aber es konnte doch nicht geleugnet werden, daß viele Arbeiter, teils aus Unkenntnis und Leichtsinn, teils infolge geringer Mittel sich nicht versicherten. Erfolgte dann ein Unfall, so war der wirtschaftliche Zusammenbruch einer Familie die Folge. Die Häufung dieser Ereignisse durch elementare Gewalt, und das „Laissez aller" diesen gegenüber vertrug sich aber nicht mit den Aufgaben des modernen

Staates. Es mußte also zur Zwangsversicherung übergegangen werden, für die sich ein Vorbild schon auf dem Gebiet des Bergbaues in den Genossenschaften zur gegenseitigen Unterstützung vorfand. Diese Gedanken fanden in der schon erwähnten Kaiserlichen Botschaft vom 17. November 1881 einen bewundernswerten Ausdruck.

Heute wird der unermeßliche Segen der Unfallversicherungsgesetze kaum noch bestritten; einzelne entstandene Schäden werden durch die Zeit und Nachträge zum Gesetze gewiß gebessert werden.

Das erste grundlegende Unfallversicherungsgesetz (Gewerbeunfallversicherungsgesetz) datiert vom 6. Juli 1884; ihm folgten bis zum Jahre 1887 fünf weitere Gesetze, welche den Bezirk der Unfallversicherung erweiterten:

am 28. Mai 1885 das Ausdehnungsgesetz für die großen Land- und Wassertransportgebiete des Binnenlandes, einschließlich der Staatsbetriebe der Post-, Telegraphen-, Eisenbahn-, Marine- und Heeresverwaltungen,

am 5. Mai 1886 das Unfallversicherungsgesetz für Land- und Forstwirtschaft,

am 11. Juli 1887 das sogenannte Bauunfallversicherungsgesetz (umfassend besonders Tiefbau und Regiebauten),

am 13. Juli 1887 das Seeunfallversicherungsgesetz.

Am 30. Juni 1900 wurde auf Grund der Erfahrungen und Beratungen ein neues Gesetz erlassen. Dabei wurden gewisse organisatorische Bestimmungen in ein Haupt- oder Mantelgesetz zusammengefaßt.

Die Versicherungspflicht erstreckt sich auf Großgewerbe (Bauwerke, Fabriken, Hüttenwerke usw.) eine Anzahl besonders gefährlicher Handwerksbetriebe (Maurer, Zimmerer, Schlosser, Schmiede, Fleischer usw., Betriebe von Fuhrunternehmungen), gewisse Bestandteile von Großhandelsbetrieben (Lagerung, Holzfällung, Beförderung von Personen oder Gütern) und die fiskalischen Betriebe der Post-, Telegraphen-, Marine- und Heeresverwaltungen; ferner auf die Land- und Forstwirtschaft mit ihren Nebenbetrieben, auf sämtliche sonstige Baubetriebe und Bauarbeiten und auf die Seeschiffahrt, die See- und Küstenfischerei, sowie die Hilfsbetriebe der Seeschiffahrt (z. B. Lotsen, Seebewachungs- und Seebeleuchtungsdienst).

Die Unfallversicherung geht insofern weiter als die Krankenversicherung, als hier alle unständigen Arbeiter, ohne Rücksicht auf ihr Alter, ferner die Betriebsbeamten, sofern ihr Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt 3000 Mk. nicht übersteigt, auf dem Gebiet der Seeunfallversicherung sogar gewisse Kleinunternehmer (§ 153 des Seeunfallversicherungsgesetzes) der gesetzlichen Ver-

sicherungspflicht unterworfen sind. Die Unfallversicherung umfaßt aber auch die ohne Lohn oder Gehalt tätigen Personen, so Kinder, welche den Eltern in der Betriebsarbeit helfen, wobei eine sachdienliche ernste Tätigkeit im Betrieb die Voraussetzung ist, daß ein etwaiger Unfall der Versicherung zur Last fällt.

Die Versicherungspflicht kann ferner auf höher besoldete Betriebsbeamte, auf die Hausindustrie und die Kleinunternehmer, bei der Land- und Forstwirtschaft sogar auf die Unternehmer ausgedehnt werden. Auf dem Gebiet der landwirtschaftlichen Unfallversicherung ist den Landesgesetzen die Bestimmung des Umfangs und der Voraussetzungen der Versicherung überlassen. Sie erstreckt sich aber auch auf häusliche und andere Dienste, zu denen versicherte Personen neben der Beschäftigung im Betriebe von ihrem Auftraggeber oder von deren Beauftragten herangezogen werden.*) Nach Maßgabe des Statuts können sogar andere Personen, welche dem Betriebe nicht angehören, aber seinen Unfallgefahren ausgesetzt sind, versichert werden. Eine freiwillige Versicherung ist solchen Unternehmern eingeräumt, deren Jahresverdienst 3000 Mk. nicht übersteigt, und die regelmäßig nicht mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen.

Die Unfallversicherung gewährt Entschädigung für alle Unfälle, welche mit dem Betriebe und seinen Gefahren in einem ursächlichen Zusammenhange stehen (Betriebsunfälle). Auf dem Gebiete der Seeunfallversicherung werden auch solche Unfälle entschädigt, welche durch elementare Ereignisse während des Betriebes eintreten, und Unfälle, welche versicherte Personen bei Rettungs- und Bergungsarbeiten erleiden.

Die Leistungen bestehen bei Körperverletzungen, von dem Tage, an welchem das Krankengeld wegfällt, spätestens von Beginn der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls ab, in freier ärztlicher Behandlung, Arznei und sonstigen Heil- und Hilfsmitteln, und ferner in einer laufenden Rente, welche in ihrer Höhe nach dem Grade der Erwerbsunfähigkeit verschieden abgestuft ist. Die Rente beträgt bei völliger Erwerbsunfähigkeit (Vollrente) $^2/_3$ des Jahresarbeitsverdienstes. Bei Unfällen, welche den Tod zur Folge haben, sind neben einem Sterbegelde (zur Bestreitung der Begräbniskosten) laufende Renten an die Hinterbliebenen (Witwe, unter Umständen Witwer, Kinder unter 15 Jahren, bedürftige, von dem Verstorbenen in der Hauptsache unterhaltene Eltern oder Großeltern und elternlose Enkel unter 15 Jahren) zu gewähren. Der Gesamtbetrag der Hinterbliebenenrenten darf 60% des Jahresarbeitsverdienstes des Verstorbenen nicht übersteigen. Die Witwe wird im Falle der Wiederverheiratung durch ein Kapital (60%

*) Vergl. die deutsche Arbeiterversicherung, im Auftrag des Reichsversicherungsamts herausgegeben. Berlin 1906.

des Jahresarbeitsverdienstes) abgefunden. Außerdem muß in Fällen völliger Hilflosigkeit die Verletztenrente bis zum vollen Jahresarbeitsverdienst, und kann, bei unverschuldeter Arbeitslosigkeit von Unfallverletzten, die Teilrente bis zur Vollrente erhöht werden. Auch weitere freiwillige Leistungen zugunsten der Versicherten sind den Berufsgenossenschaften erlaubt.

Als Jahresarbeitsverdienst gilt in der Regel das 300fache des eigenen Durchschnittstagelohns (wobei der 1500 Mk. übersteigende Betrag nur mit $^1/_3$ in Anrechnung kommt), aber mindestens das 300fache des ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter.

Eine Ablösung der Renten durch Kapitalabfindungen ist — wie bereits erwähnt — nur ausnahmsweise zugelassen, nämlich bei kleineren Teilrenten (von 15% und weniger) und bei Renten ausländischer Berechtigter, die ihren Wohnsitz im Deutschen Reiche aufgeben. In beiden Fällen bedarf es aber der Zustimmung der Berechtigten zu der Abfindung.

Von erheblicher praktischer Bedeutung ist die Vorschrift, wonach bei Eintritt einer wesentlichen Veränderung der für die Feststellung maßgebenden Verhältnisse — Verschlimmerung, Besserung oder Beseitigung der Unfallfolgen — eine anderweitige Feststellung der Entschädigung (Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung der Rente) erfolgen kann. Bei der näheren Ausgestaltung dieser Vorschrift waren sozialpolitische Gesichtspunkte insofern maßgebend, als zur Verhütung von unberechtigten Störungen in dem ruhigen Rentengenuß und von seelischen Aufregungen der Berechtigten eingehende gesetzliche Bestimmungen getroffen sind. Einmal kann nach Ablauf der ersten zwei Jahre eine Abänderung der Festsetzung, sofern nicht zwischen dem Versicherungsträger und dem Berechtigten über einen kürzeren Zeitraum ausdrückliches Einverständnis erzielt ist, nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre vorgenommen werden. Zum andern ist es den Trägern der Versicherung nach Ablauf der ersten fünf Jahre ohne Einverständnis der Berechtigten nicht gestattet, die Rente einseitig abzuändern; die anderweite Feststellung hat in diesem Falle vielmehr durch Entscheidung der Schiedsgerichte zu erfolgen.

Ein Ruhen der Rentenzahlungen ist vorgesehen, wenn der Berechtigte eine längere Freiheitsstrafe verbüßt, ferner solange der berechtigte Ausländer nicht im Inlande seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat, oder der berechtigte Inländer sich im Auslande aufhält und es unterläßt, der Berufsgenossenschaft von seinem Aufenthalte Kenntnis zu geben. An Stelle der Rente und freien ärztlichen Behandlung kann dem Verletzten auch in einer Heilanstalt freie Kur und Verpflegung gewährt werden, neben welcher dessen Angehörige die erforderlichen Unterstützungen erhalten. In den ersten 13 Wochen nach dem Unfall

haben die Krankenkassen, und in Ermangelung solcher, die Unternehmer für die Verunglückten zu sorgen, wobei von Beginn der fünften Woche ab das Krankengeld für Rechnung des Betriebsunternehmers auf mindestens $^2/_3$ des der Krankengeldberechnung zugrunde gelegten Arbeitslohnes zu erhöhen ist. Doch ist es den Berufsgenossenschaften gestattet, schon vor der 13. Woche das Heilverfahren zu übernehmen und an diese Berechtigung knüpfen sich die wohltätigsten Einrichtungen mancher Berufsgenossenschaften zur Förderung der Volksgesundheit, welche unten eingehender geschildert werden. Die Arbeiter können die Gewißheit haben, daß ihnen bei Unfällen eine Behandlung zuteil wird, wie sie den wohlhabenden Klassen der Bevölkerung nicht besser gewährt werden kann. Hier soll nur auf diejenigen gesetzlichen Bestimmungen verwiesen werden, welche eine eminente sozialpolitische Bedeutung haben. Zunächst sind zum Schutze der persönlichen Freiheit der Versicherten die Machtbefugnisse der Berufsgenossenschaften auf diesem Gebiete umgrenzt. Verletzte, welche verheiratet sind, oder eine eigene Haushaltung haben, oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, können nur mit ihrer Zustimmung in eine Heilanstalt verbracht werden. Dieser Zustimmung bedarf es nur dann nicht, wenn besondere Anforderungen an die Behandlung und Verpflegung gestellt werden, welchen in der Familie nicht genügt werden kann, oder wenn der zuständige amtliche Arzt bescheinigt, daß der Zustand oder das Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert.

Den Berufsgenossenschaften liegt allerdings dann die Pflicht auf, bedürftigen Angehörigen des Verletzten eine Unterstützung zu gewähren. Bei Unverheirateten kann die Behandlung in einem Krankenhaus auch ohne besondere Zustimmung angeordnet werden (§ 22 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes). Sodann ist vorgeschrieben, daß Verletzte, welche sich in einem Krankenhause befinden, während des Heilverfahrens nur mit ihrer Zustimmung in ein anderes Krankenhaus überführt werden dürfen. Die Zustimmung kann aber im Notfalle durch eine Anordnung der unbeteiligten unteren Verwaltungsbehörde ersetzt werden (§ 11 Abs. 3). Die Möglichkeit einer Verlegung ist deshalb erwünscht, weil keineswegs alle Krankenhäuser die für alle Behandlungen notwendigen Einrichtungen besitzen. Ferner wird an dem Grundsatze festgehalten, daß die Unfallverletzten ebensowenig wie sonstige nicht versicherte Personen zur Duldung von Operationen und Narkosen gezwungen werden können. Allerdings bedarf dieser Punkt einer neuen Prüfung, da selbst einfachste ungefährliche Eingriffe, welche die Leistungsfähigkeit beträchtlich zu steigern geeignet sind, von dem Verletzten zurückgewiesen werden, häufig in dem Hintergedanken, dadurch eine höhere Rente zu erlangen. Endlich ist der neuen Vorschriften über die Folgen einer grundlosen Weigerung der Krankenhausbehandlung

und der Widersetzlichkeit gegen sonstige Maßnahmen der Berufsgenossenschaft in Ansehung des Heilverfahrens (§ 23 Abs. 3 des Gewerbeunfallversicherungsgesetzes) zu gedenken, welche weitgehende sozialpolitische Rücksichten zur Geltung bringen. Die bisher von der Rechtsprechung gezogene logische Folgerung, daß die Berufsgenossenschaft die Einbuße an Erwerbsfähigkeit eines Verletzten insoweit nicht zu entschädigen verpflichtet ist, als sie auf das schuldhafte Verhalten desselben während der Heilanstaltsbehandlung ursächlich zurückzuführen ist, hat eine Milderung dahin erfahren, daß dem Verletzten in diesem Falle der Schadenersatz nur auf Zeit — also nicht dauernd — ganz oder teilweise versagt werden kann. Die gleiche Auffassung finden wir im Invalidenversicherungsgesetz wieder.

Als Träger der Versicherung wurden unter Garantie des Reichs Berufsgenossenschaften auf Gegenseitigkeit geschaffen, d. h. Genossenschaften von Unternehmern der versicherungspflichtigen Betriebe, welche nach Gewerbszweigen für das ganze Reich oder für begrenzte Wirtschaftsgebiete gebildet werden. Die Berufsgenossenschaften besitzen Rechtsfähigkeit und haben volle Selbstverwaltung. Jede Berufsgenossenschaft umschließt innerhalb ihres Bezirks alle Betriebe der zugehörigen Gewerbszweige, wobei Nebenbetriebe regelmäßig dem Hauptbetriebe folgen. Auch landwirtschaftliche Nebenbetriebe können in die gewerbliche Unfallversicherung einbezogen werden, wenn in ihnen überwiegend die im Hauptbetrieb verwendeten gewerblichen Arbeiter beschäftigt werden. Mitglieder der Genossenschaft sind ausschließlich die Unternehmer, für deren Rechnung die Betriebe erfolgen, und diese haben auch die Kosten der Versicherung zu tragen. Bei Staatsbetrieben treten an die Stelle der Berufsgenossenschaften besondere Ausführungsbehörden. Neben der Wiederherstellung der Gesundheit und Erwerbsfähigkeit Verletzter, neben der Entschädigung von Versicherten und deren Hinterbliebenen ist es die wichtigste und vornehmste Aufgabe der Berufsgenossenschaften, Vorschriften für die Mitglieder der Berufsgenossenschaften und für die Arbeiter zu erlassen, welche bestimmt sind, Unfälle nach Möglichkeit zu verhüten.

Neben der besseren Beaufsichtigung der Betriebe wird zu diesem Zweck auch eine systematische Belehrung der Arbeiter in Betracht kommen. Die Aufbringung der Mittel erfolgt in der Hauptsache durch Deckung des Jahresbedarfs mittels Umlagen seitens der Genossenschaft. Am Schlusse eines jeden Jahres wird der in diesem Jahr zur Durchführung der Unfallversicherung erforderliche Betrag auf die einzelnen Unternehmer nach Maßgabe der gezahlten Löhne und Gehälter (auf dem Gebiete der Landwirtschaft nach dem abgeschätzten Jahresbedarf oder nach dem Steuerfuß) und unter Berücksichtigung der Ge-

fährlichkeit der einzelnen Betriebe und Betriebstätigkeiten verteilt. Nur ausnahmsweise ist Kapitaldeckung (Tiefbauberufsgenossenschaft, Versicherungsanstalt der Baugewerksberufsgenossenschaften und der Seeberufsgenossenschaft) vorgesehen. Außerdem haben alle Berufsgenossenschaften die Verpflichtung, erhebliche Reservefonds anzusammeln.

Die Berufsgenossenschaften regeln ihre innere Verwaltung sowie ihre Geschäftsordnung durch ein von der Berufsgenossenschaftsversammlung zu beschließendes Statut. Der Vorstand wird auf Grund eines Statuts gewählt; den provisorischen Vorstand bilden ein Vorsitzender, ein Schriftführer und mindestens drei Beisitzer. Die Berufsgenossenschaft kann in örtlich abgetrennte Sektionen eingeteilt werden und Vertrauensmänner können als örtliche Genossenschaftsorgane festgesetzt werden. Doch bedarf das Statut einer Genehmigung des Reichsversicherungsamts. Beamte der Genossenschaft werden auf Grund einer Dienstordnung gewählt und angestellt, welche ebenfalls der Genehmigung des Reichsversicherungsamts bedarf. Bei der Bildung der land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften wurde lediglich eine territoriale Abgrenzung nach Provinzen zugrunde gelegt und diese, z. B. in Preußen, dem Provinzialausschuß unter Gliederung in Sektionen (Kreisausschuß mit dem Landrat, Stadtausschuß mit dem Bürgermeister) unterstellt.

Die Festsetzung der Unfallentschädigung hat nach polizeilicher Unfalluntersuchung in erster Instanz durch die Berufsgenossenschaft, deren Sektionen resp. Vorstand in beschleunigtem Verfahren zu erfolgen. Glaubt der Verletzte sich in seinen Rechtsansprüchen benachteiligt, so steht ihm die Anrufung eines Schiedsgerichts für Arbeiterversicherung frei, und weiterhin ein Rekurs an das Reichsversicherungsamt. Das gleiche Recht des Rekurses steht auch der Berufsgenossenschaft zu.

An der Spitze der ganzen Organisation steht das Reichsversicherungsamt, unter einem Präsidenten, mehreren Direktoren und einer großen Zahl von Beamten; dasselbe ist auch die Zentralbehörde für die Invalidenversicherung.

Die Funktionen des Reichsversicherungsamtes sind doppelte, indem dasselbe einmal Zentralaufsichtsbehörde und sodann die letzte Instanz der Rechtsprechung darstellt. Im Reichsversicherungsamt sind allein zwanzig Senate für Unfallangelegenheiten, sieben für Invalidensachen in der Rechtsprechung tätig.

In letzterer Beziehung hat das Reichsversicherungsamt die Wege gezeigt, wie in dem Geiste der sozialpolitischen Gesetzgebung die einzelnen Gesetze auszulegen sind; es hat unter möglichster Loslegung von formaler Jurisprudenz die rationelle Gerechtigkeit zu verwirklichen getrachtet.

Die Begriffe Unfall, Betrieb, Betriebsunfall sind von ihm erklärt worden, die Beweisführung für den Zusammenhang von Unfall und Tod mit dem Betrieb erläutert worden. Entsprechend dem Sinne der ganzen Gesetzgebung wird zur Beweisführung des Zusammenhangs von Unfall und Tod mit dem Betrieb kein formell rechtlicher Beweis verlangt. Es genügt, den Zusammenhang mit Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

Das Verfahren des Rekurses ist möglichst einfach gestaltet, indem jeder Brief, jedes Schriftstück angenommen wird, kein Anwalt erforderlich ist, und alle erforderlichen Erhebungen seitens der Gerichte vorgenommen werden.

Die Auffassungen des Reichsversicherungsamts sind auch für die Rechtsprechung der Schiedsgerichte maßgebend geworden, von denen im Bereich jeder Versicherungsanstalt (vergl. Invalidenversicherung) für diese und die Unfallversicherung mindestens eines, meist mehrere errichtet worden sind.

Eine mitgehende Selbstverwaltung dieser Behörden hat sich sehr bewährt.

Sowohl beim Reichsversicherungsamt als bei den noch zu erwähnenden Schiedsgerichten sind Arbeitnehmer und Arbeitgeber beteiligt, welche in gleicher Zahl teils von den Vorständen der Berufsgenossenschaften, teils von den Beisitzenden der Schiedsgerichte für je fünf Jahre ernannt werden.

Das Reichsversicherungsamt war 1906 für 61 gewerbliche und 30 land- und forstwirtschaftliche Berufsgenossenschaften zuständig; für die übrigen Genossenschaften sind Landesversicherungsämter in München, Dresden, Stuttgart, Karlsruhe, Darmstadt, Schwerin, Neustrelitz und Greiz eingerichtet (für fünf gewerbliche und achtzehn land- und forstwirtschaftliche Genossenschaften).

Die Beschlußfassung über die Feststellung der Entschädigung erfolgt, wie erwähnt, zunächst durch den Genossenschafts- oder durch den Sektionsvorstand bezw. durch eine Kommission oder durch örtliche Beauftragte, die Vertrauensmänner.

Als erste Berufungsinstanz fungiert, wie erwähnt, für jede Sektion das Schiedsgericht. Dasselbe besteht aus einem ständigen Vorsitzenden und aus Beisitzern. Ersterer wird aus der Zahl der öffentlichen Beamten von der Zentralbehörde des Bundesstaats ernannt. Die Beisitzer werden in einer durch das Statut bestimmten Zahl von dem Ausschusse der Versicherungsanstalt und zwar zu gleichen Teilen in getrennter Wahlhandlung von den Arbeitgebern und den Versicherten nach Stimmenmehrheit gewählt.

Bei der Verhandlung sind, soweit es sich um Unfälle in der Land- und Forstwirtschaft oder im Bergbaubetriebe handelt, Beisitzer aus

diesen Berufszweigen, im übrigen Beisitzer aus den sonstigen der Versicherung unterliegenden Betrieben zuzuziehen (§ 7).

Das Schiedsgericht wählt beim Beginn eines jeden Geschäftsjahrs, in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk eines Bundesstaats zuständigen Ärztevertretung, aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts vorhandenen approbierten Ärzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgericht in der Regel nach Bedarf zuzuziehen sind. (Die Namen der gewählten Ärzte sind öffentlich bekannt zu geben [§ 8.].)

Von jedem in einem versicherten Betriebe vorkommenden Unfall, durch welchen eine in demselben beschäftigte Person getötet wird oder eine Körperverletzung erleidet, welche eine völlige oder teilweise Erwerbsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod zur Folge hat, ist von dem Betriebsunternehmer bei der Ortspolizeibehörde und dem durch Statut zu bestimmenden Genossenschaftsorgan schriftlich Anzeige zu erstatten (§ 63).

Dieselbe muß binnen drei Tagen nach dem Tage erfolgen, an welchem der Betriebsunternehmer Kenntnis von dem Unfalle erhalten hat. Diese Kenntnis erfolgt häufig weit später als binnen drei Tagen nach dem Unfall, teils weil dieser in den ersten Tagen keine Beschwerden machte, teils weil krankhafte Erscheinungen erst später auf einen häufig leichten Unfall zurückgeführt werden.

Die Ortspolizeibehörde hat nach § 64 über jeden zur Anzeige gelangten Unfall, durch welchen eine versicherte Person getötet ist oder eine Körperverletzung erlitten hat, die voraussichtlich einen Entschädigungsanspruch zur Folge haben wird, sobald als möglich und nach § 13 GUV. unmittelbar nach Eingang eines entsprechenden Ersuchens der Berufsgenossenschaft eine Untersuchung anzustellen. Nach § 76 b des KVG. haben die Vorstände der Krankenkassen jeden Erkrankungsfall, welcher auf einen Unfall zurückgeführt wird, mit dem Ablauf der vierten Woche mitzuteilen, falls die Erwerbsfähigkeit noch nicht hergestellt ist.

Die Untersuchung erstreckt sich auf:

1. Veranlassung und Art des Unfalles,
2. die getöteten oder verletzten Personen,
3. die Art der vorgekommenen Verletzungen,
4. den Verbleib der verletzten Personen,
5. die Hinterbliebenen oder Angehörigen, welche eventuell Entschädigungsanspruch haben,
6. die Höhe einer etwaigen Rente, welche der Verletzte bezieht.

Auf Grund dieser Erhebungen und etwaiger ärztlicher Gutachten oder Äußerungen leitet die Berufsgenossenschaft die ihr am richtigsten erscheinenden Schritte ein. Sie kann über den Verletzten weitere

Gutachten einziehen, sie kann das weitere Heilverfahren der Krankenkasse überlassen und kann dasselbe selbst übernehmen.

Nach Abschluß des Heilverfahrens kommt die Frage der Unfallentschädigung. Soll diese völlig abgelehnt, oder nur eine Teilrente bewilligt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören, falls er nicht in einem Vertragsverhältnis zur Genossenschaft steht.

Die Beschlußfassung über die Festsetzung der Rente ist dem Verletzten oder seinen Hinterbliebenen mitzuteilen. Bei der Mitteilung der Entscheidung werden dem Beschädigten auch die in Betracht kommenden ärztlichen Gutachten ihrem wesentlichen Inhalte nach insoweit mitgeteilt, als sie für die Entschließung maßgebend waren.

Die Feststellung der Entschädigung hat in beschleunigtem Verfahren zu erfolgen. Bei nicht sofortiger endgültiger Festlegung der Entschädigung ist eine Entschädigung vorläufig zu gewähren. Entschädigungsberechtigte, für welche die Entschädigung nicht von Amts wegen festgestellt ist, haben ihren Entschädigungsanspruch bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritt des Unfalls bei derjenigen Berufsgenossenschaft anzumelden, welcher die Entschädigungspflicht obliegt (§ 72).

Gegen den Bescheid, durch welchen der Entschädigungsanspruch abgelehnt wird, sowie gegen den Bescheid, durch welchen die Entschädigung festgelegt wird, findet die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung statt. Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach der Zustellung zu erheben, und zwar bei dem zuständigen Schiedsgericht (§ 73). Doch gilt die Frist als gewahrt, wenn das Schriftstück mit der Berufung bei einer anderen inländischen Behörde oder einem Genossenschaftsorgan eingegangen ist. Diese haben die Schrift sofort dem Schiedsgericht weiter zu geben.

Das Schiedsgericht hat über die Begründung der Berufung und über die Höhe der Entschädigung zu entscheiden. Gegen diese Entscheidung steht dem Vorstande der Berufsgenossenschaft sowie dem Verletzten und seinen Hinterbliebenen innerhalb eines Monats der Rekurs an das Reichsversicherungsamt zu. Dieses kann entweder selbst entscheiden oder die Sache an das Schiedsgericht bezw. die Berufsgenossenschaft zurückverweisen.

Sechste Vorlesung.

Arzt und Unfallversicherung.

(Betrieb und Unfall, Schädigung des Körpers oder Geistes, Verschlimmerung bestehender Leiden, Heilverfahren, Vollrente, Hilflosenrente, Teilrente, Gutachten der Ärzte.)

M. H.! Nachdem wir in der letzten Vorlesung die Grundzüge der Unfallversicherungsgesetze besprochen, haben wir uns heute mit der Stellung des Arztes zu diesem zu beschäftigen.

In dem Gesetz ist der ärztlichen Tätigkeit bei der Unfallversicherung nur an wenigen Stellen gedacht, trotzdem ohne Mitwirkung der Ärzte die Durchführung der Unfallversicherung kaum möglich wäre. Zunächst hat die freie ärztliche Behandlung (§ 9), eventuell in einem Krankenhaus (§ 22), Erwähnung gefunden, sodann die Tätigkeit des behandelnden Arztes als Gutachter, die Tätigkeit erwählter Ärzte vor dem Schiedsgerichte und die Vorlegung ärztlicher Zeugnisse.

Die in Betracht kommenden ärztlichen Aufgaben sind die folgenden. Die erste außerordentlich wichtige besteht in der genauen Aufnahme der Vorgeschichte und des Krankenbefundes bei einem Verletzten. Diese Aufgabe hat bis jetzt bei weitem nicht die Beachtung seitens der Berufsgenossenschaften und der Ärzte gefunden, welche ihr zukommt. Die zweite Aufgabe betrifft das Heilverfahren und die dritte Aufgabe besteht, nach Abschluß der Behandlung, in der Begutachtung des Falles, aus welchem die etwa noch bestehenden Störungen, die Beziehungen zu dem Unfall und die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit zur Entschädigungsfeststellung sich ergeben. Die Schilderung der angeblich vorgekommenen oder der vorliegenden Verletzungen, welche auf einen Unfall zurückgeführt werden, führen sofort zu der Frage:

> Was ist als Unfall nach dem Unfallversicherungsgesetz aufzufassen?

Der Unfall ist ein Ereignis, durch welches der Betroffene durch äußere Verletzung oder organische Erkrankung eine Schädigung seiner körperlichen oder geistigen Gesundheit — Körperverletzung oder Tod —

erleidet. Die Schädigung muß auf die plötzliche Einwirkung eines Ereignisses zurückzuführen sein, welches mittelbar oder unmittelbar Körperverletzung oder Tod herbeiführt.

Entschädigungsberechtigt sind nur die in oder bei einem Betriebe, nicht die außerhalb desselben eingetretenen Unfälle. Die Schädigung der Gesundheit braucht nicht allein durch den Unfall herbeigeführt zu sein, es muß aber der Unfall eine derjenigen Ursachen sein, welche die Gesundheitsschädigung verursacht haben.

Ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Betrieb und Unfall muß selbstredend vorliegen; der Unfall muß die Ursache der Verletzung oder des Todes sein. Doch ist kein richterlich formeller Beweis für den ursächlichen Zusammenhang notwendig, es genügt, wenn mit großer Wahrscheinlichkeit ein Zusammenhang angenommen werden muß.

Ein Betriebsunfall ist auch dann anzunehmen, wenn bei geordnetem Betrieb das Maß der gewöhnlichen Leistungen überschritten wurde, oder wenn durch irgend welche Umstände eine außerordentliche Leistung vorlag, welche zu Störungen führte.

Es ist also zunächst eine Unterscheidung zwischen zufälliger Erkrankung bei der Arbeit und der Entstehung infolge eines Unfalls notwendig. Sodann sind Gewerbe- und Berufskrankheiten, welche zu einer Abnutzung der Körperkräfte führen, oder durch chronische Vergiftung schädigen, nicht als Unfall zu betrachten (Bleivergiftungen, Blasenbildung an den Händen durch Druck, Phosphorvergiftung, Lungenentzündung, welche auf Zugluft zurückgeführt wird). Auch die Wurmkrankheit der Bergarbeiter wurde früher als Berufskrankheit angesehen. Indessen hat eine Entscheidung des Reichsversicherungsamtes in jüngster Zeit einen Fall von Erkrankung an Ankylostoma duodenale, bei dem in einer kurzen Arbeitstätigkeit im Bergwerk die Ansteckung erfolgt war, als entschädigungspflichtig erklärt. Zweifellos wird im Anschluß daran die Frage aufgerollt werden, ob es sich nicht empfiehlt, auch gewisse Berufs- und Gewerbekrankheiten den entschädigungspflichtigen Unfällen gleichzustellen. Einstweilen ist das aber nicht der Fall. Dagegen werden Infektion mit Milzbrand, Rotz, Aktinomykose, welche durch Verletzungen entstanden sind, als Unfälle anerkannt. Skorbut der Seeleute, als Folge unzweckmäßiger Ernährung, wird gewöhnlich nicht entschädigt. Wenn aber durch ein Elementarereignis auf hoher See ein plötzlicher Notstand geschaffen ist, wodurch das Süßwasser brackig oder die Nahrungsmittel verdorben wurden, so ist darin ein Unfall zu erblicken. Ein Unfall wurde auch angenommen bei einem Kapitän, der nach mehrstündiger Leitung seines Schiffs während eines Typhons einen Herzschlag erlitt und starb. Hier wurde die Gewaltsamkeit eines Naturereignisses im Betrieb dem Unfall

gleichgestellt. Dagegen wurden die Ansprüche wegen Todes an Beriberi abgelehnt, während in einem besonderen Fall für den Tod eines Kapitäns an Gelbfieber, dessen Entstehung als Folge plötzlich notwendig gewordenen Umtrimmens des Ballastes angenommen wurde, die Entschädigungspflicht anerkannt wurde. Weiterhin steht die plötzliche Einatmung von giftigem Gas dem Unfall gleich. Dabei kann die Einatmung sogar über mehrere Stunden sich erstrecken, wie es gelegentlich einer Kohlenoxydgas- und Kloakengasvergiftung entschieden wurde. Auch eine über mehrere Stunden ausgedehnte Einatmung von Kalkstaub, welche zu einer doppelseitigen lobulären Pneumonie führte, wurde dem Unfall gleichgestellt. Dagegen wurde vom Reichsversicherungsamt der Fall eines Landwirts auf der Treppe seines Hauses, als er sich in der Morgenfrühe zum Mähen begeben wollte, nicht als entschädigungspflichtiger Unfall betrachtet, während in einem anderen Fall ein Lademeister, der, seitens des Arbeitgebers von einem Geschäftsgang zurückgerufen, auf dem Rückweg einen Unfall erlitt, als entschädigungspflichtig angesehen wurde. Als Kriterium ist in letzterem Falle anzusehen, daß der Geschäftsgang innerhalb der Berufstätigkeit lag.

Die Frage, was ist eine Körperverletzung im Sinne der Unfallversicherung? muß dahin beantwortet werden: jede durch einen Unfall herbeigeführte Störung des ordnungsmäßigen Körper- oder Geisteszustandes. Das Reichsversicherungsamt definiert weiter: nicht nur äußere Verletzungen, sondern auch krankhafte innerorganische Vorgänge physischer wie psychischer Art erscheinen als Unfall, wenn sie durch ein plötzliches äußeres Ereignis im Körper des Betroffenen hervorgerufen werden. Aus dieser Deduktion folgt, daß eine Schreckneurose, welche infolge eines drohenden, aber nicht erfolgten Eisenbahnzusammenstoßes bei dem Zugführer, Heizer oder bei einem anderen Bediensteten eingetreten ist, einem Unfall gleich zu setzen ist. Außerdem können aber die verschiedensten äußeren Verletzungen Verschlimmerungen schon bestehender Krankheiten hervorrufen (Brustverletzung und Tuberkulose, Herzleiden), können Eingangspforten für Krankheitserreger ins Innere des Körpers schaffen (Magen- und Darmgeschwüre nach Blutungen in die Wand), können zu rascherem Wachstum und Metastasenbildung von Karzinomen und Sarkomen führen, können Bauchbrüche (durch Verletzung der Bauchwand) im Gefolge haben, während die eigentlichen Hernien angeboren sind und nur unter ganz besonderen Umständen als entschädigungspflichtig betrachtet werden. Weiterhin kann Diabetes insipidus und Diabetes mellitus im Anschluß an ein Trauma entstehen, oder eine beträchtliche Verschlimmerung erfahren. Dasselbe gilt für viele Nervenkrankheiten, insbesondere die Hysterie und Neurasthenie.

Die Entscheidung, was einem Betriebsunfall zuzurechnen ist, erfolgt durch die betreffenden Berufsgenossenschaften, Schiedsgerichte oder das Reichsversicherungsamt, während es dem Arzt obliegt, genau festzustellen:

1. welche Verletzung oder Erkrankung vorliegt oder vorlag,
2. ob diese Verletzung, oder Erkrankung, oder der Todesfall als eine plötzliche Erkrankung mit ihren Folgen aufgetreten ist, oder als eine Verschlimmerung eines älteren Leidens aufgefaßt werden muß.
3. ob die Verletzung, Erkrankung oder der Tod
   a) in einem ursächlichen Zusammenhange mit einem Ereignis beim Betriebe steht, oder
   b) zufällig bei der Arbeit aufgetreten ist.

Die Beantwortung der letzten Fragen ist besonders bei Lungen-, Magenblutungen sowie bei Herzlähmung schwierig. Soll ein ursächlicher Zusammenhang mit der Arbeit (ohne Unfall) angenommen werden, so muß ausgeführt werden, daß eine gewöhnliche Betriebsleistung nicht vorgelegen, sondern eine außergewöhnliche Leistung und Anstrengung, deren Folgen dann dem Betriebsunfall gleich zu setzen sind. Von diesem Gesichtspunkt aus sind Fälle von Hitzschlag, bei welchen die schädliche Wirkung der Hitze in einem verhältnismäßig kurzen Zeitraum eintrat und durch die Betriebsarbeit stark vermehrt wurde, als Unfall anerkannt worden. Auch Erfrieren wurde gelegentlich unter besonderen Umständen als entschädigungspflichtig erklärt. Dagegen ist eine während der Betriebstätigkeit durch Blitzschlag eingetretene Körperschädigung einer versicherten Person unter allen Umständen als Betriebsunfall zu betrachten, nachdem erwiesen ist, daß überall, wo der Blitz einschlägt, eine erhöhte Blitzgefahr besteht.

Das Heilverfahren nach Unfällen fällt in den ersten dreizehn Wochen der Krankenkasse zu. Von der fünften bis dreizehnten Woche hat der Betriebsunternehmer das Krankengeld auf seine Kosten von der Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes auf zwei Drittel des Arbeitslohnes zu erhöhen. Außerdem ist die Berufsgenossenschaft berechtigt, das Heilverfahren auf ihre Kosten zu übernehmen. Einzelne Berufsgenossenschaften besitzen zu diesem Zweck eigene Krankenhäuser. Die Übernahme des Heilverfahrens seitens der Berufsgenossenschaften ist seither bei weitem nicht in jener Ausdehnung erfolgt, welche erwünscht ist. Reiche Erfahrungen haben gezeigt, daß viele Verletzungen in der Privatpraxis der Krankenkassenärzte nicht jene Aufmerksamkeit erfahren, welche für den Wiederherstellungszweck notwendig ist. Auf die Mißstände, die hier bestehen, haben Ledderhose, Liniger und besonders Schwanck und Lohmar aufmerksam gemacht.

Die Interessen der Krankenkassen und der Berufsgenossenschaften gehen insofern auseinander, als erstere mit Ablauf von 26 Wochen ihrer Verpflichtungen ledig ist, während der letzteren eine etwaige Erwerbsbeschränkung für die Dauer des Lebens und bei einem durch Unfall verfrühten Tode auch Sorge für etwaige Hinterbliebene zur Last fällt. Die Berufsgenossenschaft muß somit außer der Erlangung der Gesundheit die völlige Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit erstreben. Ledderhose führt aus, daß vielleicht ein Drittel der Summe von Arbeitsbeschränktheit, welche zurzeit infolge von Betriebsunfällen in Deutschland existiert, durch andere Gestaltung des Heilverfahrens hätte vermieden werden können. Häufig sind Unkenntnis der Gesetze und aller modernen technischen Hilfsmittel seitens der Ärzte, noch häufiger hemmende Momente von seiten äußerer Verhältnisse und des Verletzten selbst zu beschuldigen. In der Landpraxis ist es dem Arzt häufig nicht möglich, die notwendige Kontrolle über Verbände und den Heilungsverlauf auszuüben, da schon räumliche Entfernungen diese unmöglich machen (ganz abgesehen von der ungenügenden Honorierung seitens der Krankenkassen).

Viele Krankenhäuser, welche in den letzten Jahrzehnten in bester Absicht ins Leben gerufen wurden, genügen aber häufig weder den Anforderungen, welche an die Hilfsmittel noch denjenigen, welche an die Pflege gestellt werden müssen. L. spricht sich dafür aus, daß die offenen Verletzungen ebenso wie in der Kriegschirurgie möglichst bald durch Auflegen keimfreier Verbandsstoffe abgeschlossen werden, bei Brüchen ein feststellender Verband anzulegen und dann schleunigst der Transport in ein modernes Krankenhaus zu veranlassen ist. Die weitere Behandlung ist aber möglichst mit Rücksicht auf die Wiederherstellung der Berufstätigkeit zu gestalten. „Weg mit steifen und empfindlichen Stümpfen," sagt Liniger, „und vor allem Sorge, daß keine Versteifungen eintreten." Dem in der Praxis stehenden Arzt fehlt auf Grund des seitherigen Unterrichts häufig die Kenntnis zur Behandlung derartig schwieriger Fälle. So kommt es, daß er in der ersten Zeit der Behandlung zögert, eine kleine Operation vorzunehmen, die die Funktionsfähigkeit in Zukunft wesentlich besser gestalten würde. Einige Zeit später weigert sich aber häufig der Kranke, noch eine Operation vornehmen zu lassen. Weiterhin fehlt es dem Arzt auch vielfach an der notwendigen Zeit, um Verletzungen einem für die Arbeit günstigem Ziel zuzuführen. Versteifungen der Gelenke durch zu lange Untätigkeit, falsche Stellungen der Knochen zueinander, sind die Folgen hiervon. Diese Folgen sind aber rechnerisch für die Berufsgenossenschaft, und erwerbsbeschränkend für den Arbeiter und seine Familie, von hohem Schaden. Das gleiche gilt für innere Erkrankungen. Die leichtfertige Diagnose, „traumatische Neurose" und entsprechende auf Unkenntnis beruhende

Bemerkungen haben schon viel Unheil angerichtet. Die Verletzten leben sich in krankhafte Vorstellungen ihrer Schädigung ein, und die nachträgliche Behandlung hat weniger mit der ursprünglichen Verletzung als mit falscher Beeinflussung von Ärzten und Angehörigen zu kämpfen. Eine sorgfältige Behandlung innerer Erkrankungen, wobei der Arzt auch das psychische Moment hinreichend berücksichtigt, ist erstes Erfordernis. Das psychische Moment erfährt aber in der Familie des Verletzten häufig die ungünstigste Beeinflussung. Von allen Seiten wird deshalb betont, daß die frühzeitige Übernahme des Heilverfahrens seitens der Berufsgenossenschaften notwendig sei, daß diese zwar zunächst von einer Mehrausgabe gefolgt sei, daß aber das kostspielige Heilverfahren für eine spätere völlige oder teilweise Wiederherstellung bessere Aussichten darbiete und sich rechnerisch günstig stellen werde (Lohmar, Schmidt). Von diesen Gesichtspunkten aus hat der Vorstand der rheinischen landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft den Grundsatz aufgestellt, „daß die Sektionen selbst für das Heilverfahren innerhalb der ersten 13 Wochen verantwortlich sind und daß der Genossenschaftsvorstand diese Verpflichtung der Sektionsvorstände zu überwachen hat."

Auch auf die rechtzeitige Einziehung des Befundberichtes und das Gutachten des behandelnden Arztes macht der Vorstand aufmerksam. Außer einer durch rechtzeitiges Eingreifen bedingten Minderung der Renten kommt aber der Gewinn in Betracht, welcher in der Erhaltung der Arbeitskraft des Volkes und der dadurch bedingten größeren Zufriedenheit beruht. Die Entstehung der traumatischen Hysterie oder Neurasthenie beruht zum Teil in ungünstiger psychischer Beeinflussung, in langem Fernbleiben von der Arbeit und im Kampf um vermeintliche Rechte. Je eher diese Faktoren ausgeschaltet werden, um so besser. So sollen die Höchster Farbwerke, welche die durch Unfälle Erkrankten bei gleichem Lohn mit teilweise minimaler Arbeit beschäftigen, kaum derartige Erkrankungen haben. Auch aus Berlin liegen entsprechende Erfahrungen vor. Läßt sich aber in der angegebenen Weise nicht eingreifen, so ist sorgfältigste Behandlung der subjektiven Beschwerden, vor allem aber eine psychische Behandlung, eventuell auch mit Suggestion, am Platze. Weiterhin empfiehlt es sich, bei verhältnismäßig gut bemessener Rente den Beginn der Arbeit zu veranlassen. Häufig ist damit der Beginn der Heilung erreicht. In gut eingerichteten Krankenhäusern erlauben auch die Ausstattung in diagnostischer und therapeutischer Beziehung (Röntgenstrahlen, Medikomechanik, Elektrotherapie usw.) die subjektiven Beschwerden sorgfältiger zu prüfen und entsprechende Maßnahmen zu treffen. Ebenso wie ich vielfach die ärztlich angenommene Diagnose traumatischer Neurasthenie zurückweisen mußte, so konnte ich vielen

Kranken durch Nachweis von Blutergüssen, von Aneurysmen, von schwer nachweisbaren Frakturen (Becken und Wirbelsäule), von Herz- und Nierenkrankheiten ihren Anspruch auf Entschädigung sichern.

Daß einzelne Kranke nach dem jetzt geltenden Recht auch den kleinsten operativen Eingriff zur rascheren Wiederherstellung und Erlangung besserer Funktionstüchtigkeit ablehnen dürfen, erscheint mir nicht gerechtfertigt. Häufig handelt es sich hier um das Bestreben, eine höhere Rente zu erhalten.

Viel Unheil wird auch durch Winkelbureaus und Kurpfuscher angerichtet, denen die Verletzten leicht zuströmen, wenn sie nicht entsprechend behandelt werden und in ihren Rechten benachteiligt zu sein glauben.

Bezüglich der Behandlung der Verletzten durch Kurpfuscher hat das Reichsversicherungsamt ausgesprochen, daß die dem Heilzweck nicht dienliche, eher schädliche Behandlung durch Kurpfuscher einen Einfluß auf die Höhe der Rente nicht hat, wenn der Verletzte in guter Absicht und seiner Einsicht entsprechend die Behandlung durch einen Kurpfuscher derjenigen durch einen Arzt vorzieht. Es muß also mit allen Mitteln erstrebt werden, diese Schäden fernzuhalten.

Die dritte Aufgabe des Arztes besteht in der Begutachtung des Falles. Die Bestimmung des Grades der Erwerbsunfähigkeit ist nach einer Entscheidung des Reichsversicherungsamtes nicht Sache des Arztes, sondern der einschlägigen Organe der Berufsgenossenschaften. Tatsächlich wird recht oft Abschätzung durch den Arzt gewünscht, zumal die Genossenschaften sich der großen Verantwortung gegenüber dieser Frage bewußt sind. Meist ist die Abschätzung der im Unfallversicherungswesen tätigen Ärzte eine zutreffende. Es kann aber Fälle geben, in welchen die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit viel richtiger seitens der mit den Betrieben vertrauten Berufsgenossenschaften oder ihrer Vertreter erfolgt. Wie der Arzt einerseits die zur Berufstätigkeit notwendigen Fähigkeiten überschätzt, so ist auch eine Unterschätzung sehr wohl möglich. Wie wenig manche Verletzungen die Erwerbsfähigkeit zu beeinträchtigen pflegen, das zeigen besonders ältere Erfahrungen auf das deutlichste.

Für viele Berufe bedingt der Verlust einzelner Fingerglieder und selbst Finger keine dauernde Beschränkung der Erwerbsfähigkeit. Aber auch größere Defekte werden häufig ohne Einbuße an Lohn ertragen, wenn sie ohne Ansprüche an die Berufsgenossenschaft entstanden sind. Die Berufsgenossenschaften haben deshalb mit Recht eine Kontrolle der Verletzten eingerichtet, da es gewiß nicht im Sinne der Gesetze liegt, daß ein überstandener Unfall dem Verletzten zu dem Lohn eine hohe Rente zuführt.

Die Kölnische Unfall-Versicherungs-Aktiengesellschaft vergütet den

Unfall zu 100%, wenn der Beschuldigte beide Augen, beide Arme und Hände, beide Beine oder Füße, je einen Arm oder Hand und ein Bein resp. Fuß verloren hat.

Das Reichsversicherungsamt erachtet als völlig erwerbsunfähig „denjenigen, welcher unter Berücksichtigung der besonderen Umstände des Falles, der genossenen Vorbildung und seiner körperlichen und geistigen Kräfte für außerstande erachtet werden muß, sich durch Arbeit noch einen Verdienst zu schaffen." Etwaige im Haus geleistete Arbeit wird nicht als Verdienst gerechnet, selbst wenn der Verletzte an Stelle der Frau die Aufsicht über Küche und Kinder übernimmt, und erstere ihre Berufstätigkeit außerhalb des Hauses ausübt.

Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente festgesetzt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhältnis, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören.

Während die Abschätzung der völligen Erwerbsunfähigkeit oder der Hilflosigkeit leicht ist, stößt die Bestimmung der teilweisen Erwerbsunfähigkeit auf vielfache Schwierigkeiten. Als Maßstab ist stets die jeweilige Erwerbsfähigkeit des Verletzten anzunehmen, gegenüber dem Verdienst vor dem Unfall.

Bei der Landwirtschaft kommt der Durchschnittsverdienst des Lohnverhältnisses im ganzen Kreise zur Berechnung. Um einen Einblick in die Abschätzung der Erwerbsbeschränkung bei der Landwirtschaft seitens des Reichsversicherungsamtes zu geben, füge ich Seite 72 und 73 eine Anzahl Entscheidungen bei.

Natürlich gelten diese Abschätzungen wesentlich für die land- und forstwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften. Bei anderen Berufsgenossenschaften kann es vorkommen, daß kleinere Verletzungen der Finger infolge der Berufstätigkeit eine wesentlich höhere Beschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge haben. Es soll aber die Abschätzung der Unfallfolgen nach der Fähigkeit bemessen werden, welche dem Verletzten der ganze Arbeitsmarkt darbietet. Hier kommt natürlich außerordentlich viel auf die frühere Stellung und die Intelligenz an.

Daß der Arzt in vielen Fällen gut tut, den Prozentsatz der Erwerbsbeschränkung mehr allgemein zu schätzen oder größere Grenzen anzugeben, etwa 30—40 oder 50—60%, sei noch kurz erwähnt. Die Kenntnis der Arbeitsmöglichkeit seitens der Ärzte ist meist nicht so groß, um in engen Zahlen sicher zu gehen. Daß in dieser Beurteilung auch Differenzen zwischen Ärzten vorhanden sein können, ist natürlich, daß wegen solcher Differenzen Ärzte sich bekämpfen, werden Sie mit mir unpassend finden.

Entschädigungen für Verletzungen nach Entscheidung des Reichsversicherungsamts.

Datum der Entscheidung des Reichsversicherungsamts	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen Prozent
31. X. 1895	Heizer	Verlust der Kuppe des r. Daumens	0
9. VII. 1895	Arbeiter	Verlust des vorderen u. eines Teiles des 2. Gliedes des r. Daumens	15
8. II. 1889	Dreher	Teilweise Steifheit des r. Daumens	10
6. X. 1904	Landwirtschaftlicher Arbeiter	Verkürzung des r. Daumens um $1^1/_2$ cm	10
1. X. 1891	Dreher	Verlust des r. Daumens	25
6. III. 1895	Ackerer u. Müller	Fehlen des l. Daumens	20
4. V. 1898	Steinbrecher	Fast völlige Steifheit der beiden Gelenke des l. Daumens	10
26. IV. 1894	Schuhmacher	Verlust des l. Daumens	20
22. II. 1895	Maschinenmeister	Verstümmelung der Kuppe des r. Zeigefingers	0
21. V. 1897	Schreiner	Verlust des Nagelgliedes des r. Zeigefingers	0
14. VII. 1900	Arbeiterin	Verlust von $1^1/_2$ Gliedern des r. Zeigefingers	10
15. V. 1888	Bergmann	Verlust des r. Zeigefingers	10
18. IV. 1897	Maurer	Gänzliche Steifheit des r. abgemagerten Zeigefingers	20
16. III. 1896	Bergmann	Verlust des Endgliedes des r. Mittelfingers	0
20. V. 1901	Spinnerin	Verlust des Endgliedes des r. Mittelfingers	10
9. I. 1899	Bergarbeiter	Verlust der beiden ersten Glieder des r. Ringfingers	0
6. X. 1900	Landwirt	Steifigkeit des Daumens und Zeigefingers rechts	25
9. II. 1898	Landwirt	Starke Atrophie und Verkümmerung des Daumens, Zeige- und Mittelfingers der r. Hand. Neigung zu stetig wiederkehrender Geschwürsbildung	40
5. XII. 1899	Landwirtschaftlicher Arbeiter	Die Grundgelenke des 2., 3. u. 4. Fingers der r. Hand stehen im rechten Winkel steif, desgl. besteht Steifheit des 2. Gelenkes des 3. Fingers. Hand kann nicht völlig geschlossen werden.	15

Entschädigungen für Verletzungen nach Entscheidung des Reichsversicherungsamts.

Datum der Entscheidung des Reichsversicherungsamts	Arbeitsverhältnis der Verletzten	Art der Verletzung	Prozentsatz der Entschädigungen Prozent
20. X. 1894	Arbeiter	Verlust des Mittelfingers sowie Beugeunfähigkeit der übrigen Finger rechts	30
11. III. 1895	Arbeiter	Dem Verluste fast gleichwertige Gebrauchsunfähigkeit der r. Hand	60
27. V. 1899	Arbeiter	Amputation der r. Hand im Handgelenk	$66^2/_3$
8. II. 1894	Arbeiterin	Nahezu vollständige Unbrauchbarkeit der l. Hand (Finger sind gegen die Hohlhand eingezogen und fast vollständig steif	60
30. XI. 1891	Minderjähriger Gerber	Verlust des rechten Armes	75
10. V. 1899	Arbeiter	Amputation d. l. Armes im oberen Drittel	60
2. XII. 1890	Steinbrecher	Verlust des ersten Gliedes der großen Zehe rechts	0
10. XII. 1891	Hilfskutscher	Verlust des r. Fußes	55
4. I. 1888	Tagelöhner	Amputation des l. Beines unterhalb des Knies	50
27. VI. 1894	Schreiner	Durch Bruch des Unterschenkels Verkürzung des r. Beines um 1 cm u. geringe Knochenauftreibung an der Bruchstelle	0
20. I. 1888	Arbeiter	Verlust eines Auges	25
21. XII. 1893	Arbeiter	Herabsetzung der Sehschärfe des r. Auges auf ein geringes Maß, während das l. Auge schon vor dem Unfall erblindet war	75
15. VII. 1896	Landwirt und Schneider	Herabminderung der Sehschärfe eines Auges auf $^{15}/_{100}$ bis $^{15}/_{70}$	15
20. III. 1899	Ackerer	Verlust des r. Auges. Die rechte Gesichtshälfte ist durch die Entfernung des Körpers des Auges und eine 4 cm lange, über die Backe verlaufende Narbe entstellt, eingefallen und muskelschwach geworden	$33^1/_3$
27. IV. 1889	Steinbrecher	Verlust des r. Auges und des l. Vorderarmes	75
28. IX. 1898	Arbeiter	Schwere Neurasthenie infolge e. Rückenverletzung	50

Außer der Abschätzung der Erwerbsbeschränkung fällt aber dem Arzt auch das Gutachten zu, ob diese auf den wirklichen oder vermeintlichen Unfall zu beziehen ist. Diese Aufgabe ist weit schwieriger; sie hat auf Grund eingehendster Anamnese, sorgfältigster Untersuchung und Kenntnis der Gesetze zu erfolgen. Wir werden uns mit diesem Gegenstand eingehend in praktischen Übungen beschäftigen, aber auch eine besondere Vorlesung den Untersuchungsmethoden widmen. Ich möchte besonders erwähnen, daß der Sachverständige für die Folgen unrichtiger Begutachtung haftpflichtig ist, wenn ihm Fahrlässigkeit nachgewiesen ist.

Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Rente maßgebend waren, eine wesentliche Änderung ein, so kann eine anderweitige Feststellung erfolgen (§ 88).

Nur wesentliche Änderungen rechtfertigen Rentenänderungen; im allgemeinen sind die Rentenänderungen um weniger als 10% nur dann zulässig, wenn 5% Rente auf Grund eines höheren zugrunde gelegten Lohnes einen verhältnismäßig hohen Geldbetrag ausmachen.

Nach Ablauf von zwei Jahren darf wegen einer eingetretenen Veränderung eine anderweitige Feststellung nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahr beantragt oder vorgenommen werden. Eine wesentliche Änderung ist auch dann anzunehmen, wenn der Verletzte sich an den Gebrauch eines verletzten Gliedes oder an den Verlust und den Gebrauch der verbliebenen gewöhnt hat.

Ist bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit eine Rente von 15% oder weniger der Vollrente festgesetzt, so kann nach Anhörung der unteren Verwaltungsbehörde die Berufsgenossenschaft den Entschädigungsberechtigten auf seinen Antrag durch eine entsprechende Kapitalzahlung abfinden (§ 95). Ein Ausländer kann, falls er seinen Wohnsitz im Deutschen Reiche aufgibt, mit dem dreifachen Betrag der Jahresrente abgefunden werden.

Glaubt der Verletzte, daß in seiner Erwerbsfähigkeit eine wesentliche Änderung zum Schlechteren eingetreten ist, so muß er sich darüber ein ärztliches Gutachten verschaffen. Es ist naturgemäß, daß viele, die mit der Einschätzung ihrer Erwerbsbeschränkung unzufrieden sind, von einem Arzt zum anderen ziehen, um ein entsprechendes Zeugnis zu erhalten. Nun ist es aber für den Arzt fast unmöglich, nur auf die Aussagen eines Unzufriedenen hin sich ein Urteil zu bilden. Aus diesem Grunde empfiehlt es sich, daß der Arzt von dem Wunsche des Verletzten der Berufsgenossenschaft Mitteilung macht. Handelt es sich nicht um einen notorischen Querulanten, so sendet die Berufsgenossenschaft dem Arzt auf eine begründete Mitteilung hin meist die Akten zu. Betrübend ist es aber, daß manche leichtsinnige Ärzte Gutachten minderwertiger Art abgeben. So hat ein Arzt bei einem typischen

Fall von traumatischer Hysterie, bei dem wohlwollenderweise 50% Erwerbsbeschränkung anerkannt war, ohne ein beweisendes Symptom anzuführen ein Rückenmarksleiden attestiert und Vollrente beantragt. Ähnliche Gutachten haben mir vielfach vorgelegen. Sie schädigen das Ansehen des Arztes im speziellen, der Ärzte im allgemeinen und bringen dem Kranken moralischen Schaden, der gar nicht zu berechnen ist.

Die meisten Berufsgenossenschaften überweisen aber die Verletzten, wenn sie eine höhere Rente beanspruchen zu können glauben und dieses mitteilen, direkt an den Arzt ihres Vertrauens.

Es ist naturgemäß, daß sie häufig denjenigen Ärzten wieder zugesandt werden, welchen auch die frühere Begutachtung oblag. Es kommen aber häufig genug Fälle vor, in welchen die Ansichten verschiedener Begutachter erwünscht sind. Schon mit Rücksicht auf die Rekursinstanzen (Schiedsgericht und Reichsversicherungsamt) ist es für die Berufsgenossenschaften erwünscht, die Schätzung der Erwerbsbeschränkung dem Sinne der sozialen Gesetzgebung entsprechend zu gestalten. Nun wird es immer einmal vorkommen, daß die Meinungen der Ärzte auseinandergehen, dann sind Obergutachten erwünscht, auf Grund deren die Genossenschaft, das Schiedsgericht oder Reichsversicherungsamt ihre Entscheidung über den Fall abgeben.

Siebente Vorlesung.

Die Invaliditäts- und Altersversicherung.

(Versicherungspflicht und freiwillige Versicherung, Aufbringung der Mittel, Erwerbsunfähigkeit, Invalidenrente, Heilverfahren, Tuberkulose, Nervenleiden usw., wohltätige Anstalten, Rentenverfahren, Schiedsgerichte.)

Das Invaliditäts- und Altersversicherungsgesetz wurde am 22. Juni 1889 vom Reichstag angenommen, trat mit dem 1. Januar 1891 in Kraft und wird jetzt ausgeführt in der Fassung vom 13. Juli 1899. Es handelt sich auch hier zunächst um eine Zwangsversicherung, welche alle über sechzehn Jahre alten Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge, Dienstboten und Personen der Schiffsbesatzung ohne Rücksicht auf die Höhe ihres Lohnes und außerdem alle Betriebsbeamten (Werkmeister, Techniker), Handlungsgehilfen und Lehrlinge, Angestellte, Lehrer und Erzieher umfaßt, soweit deren Jahresarbeitsverdienst 2000 Mk. nicht übersteigt.

Auch auf diesem Gebiet ist dem Bundesrat eine Ausdehnung der Versicherungspflicht auf Kleinunternehmer mit nur einem Lohnarbeiter und sogenannte Hausgewerbetreibende, ohne Rücksicht auf die Zahl ihrer Lohnarbeiter, überlassen, so auf die Hausgewerbetreibenden der Tabaksfabrikation und einen großen Teil der Textilindustrie. Sodann ist eine freiwillige Selbstversicherung und eine freiwillige Weiterversicherung möglich.

Zur freiwilligen Selbstversicherung sind Betriebsbeamte, Angestellte, Lehrer, Erzieher usw., deren Jahresarbeitsverdienst 2000 Mk., aber nicht 3000 Mk., beträgt, Kleingewerbetreibende, nicht versicherte Hausgewerbetreibende usw. unter der Voraussetzung befugt, daß sie das vierzigste Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Die freiwillige Weiterversicherung ist ohne Rücksicht auf das Lebensalter solchen Personen gestattet, welche aus einem die Versicherungspflicht begründendem Verhältnis ausscheiden. Das Versicherungsverhältnis erlischt, wenn nicht binnen zwei Jahren seit Ausstellung der Quittungskarte für Versicherungspflichtige mindestens 20, für Versicherungsberechtigte mindestens 40 Wochenbeiträge entrichtet worden sind.

Die Bedeutung dieser freiwilligen Versicherung für unsere Bevölkerung hat heute noch nicht die genügende Beachtung erfahren, welche sie so sehr verdient.

Nicht versicherungspflichtig sind:

1. Beamte des Reiches, der Bundesstaaten und der Kommunalverbände, sowie Lehrer und Erzieher an öffentlichen Schulen oder Anstalten (während der Ausbildung zum Beruf oder bei Anwartschaft auf Pension im Mindestbetrag der Invalidenrente);
2. Personen des Soldatenstandes, welche dienstlich als Arbeiter beschäftigt werden;
3. pensionsberechtigte Beamte der Versicherungsanstalten und besonderen Kasseneinrichtungen;
4. Personen, welche während der wissenschaftlichen Ausbildung zum Beruf Unterricht gegen Entgelt erteilen;
5. erwerbsunfähige Personen, denen bereits Invalidenrente bewilligt ist, oder deren Erwerbsfähigkeit infolge von Alter, Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist; und
6. solche, welche als Lohn nur freien Unterhalt beziehen oder wegen bloßer Nebenbeschäftigung (durch Beschluß des Bundesrates) von der Versicherungspflicht befreit sind.

Der Zweck des Gesetzes ist zunächst, einer großen Zahl von Menschen mit niederen Einnahmen einen Anspruch auf Alters- und Invalidenrente zu gewähren. Die Altersrente beginnt mit dem 71. Jahre; die Wartezeit beträgt 1200 Beitragswochen. Invalidenrente erhält jeder versicherte dauernd Erwerbsunfähige; doch ist die Zurücklegung einer Wartezeit von regelmäßig 200 Beitragswochen erforderlich. Außerdem hat die Invalidenversicherung eine weitgehende und mit Angehörigenunterstützung verbundene Krankenfürsorge für erkrankte Versicherte zugelassen, sofern als Folge der Krankheit eine den Anspruch auf Invalidenrente begründende Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist.

Die Mittel für diese Versicherung werden von den Arbeitgebern, von den Versicherten und vom Staate aufgebracht. Arbeitgeber und Arbeitnehmer zahlen laufende Beträge in gleichen Teilen, das Reich trägt, außer einem Zuschuß für jede Rente, die Verwaltungskosten und den Anteil an der Rente, welcher auf die Dauer militärischer Dienstleistungen entfällt.

Die Höhe der Beiträge ist für alle Versicherungsanstalten einheitlich; sie wird vom Bundesrat jeweils für 10 Jahre festgesetzt und ist so bemessen, daß durch dieselben gedeckt werden: die Kapitalwerte der den Versicherungsanstalten zur Last fallenden Rentenbeträge,

die Beitragsrückerstattungen und die sonstigen Aufwendungen der Versicherungsanstalten. Eine Rückerstattung tritt ein, erstens für weibliche Versicherte, welche vor der Erlangung einer Rente sich verheiraten, zweitens für die Hinterbliebenen solcher Versicherten, welche vor Erlangung einer Rente starben, drittens für solche Versicherte, welche durch Unfall invalide werden, aber Invalidenrente (wegen höherer Unfallrente) nicht erhalten.

Die Entrichtung der Beiträge durch Aufkleben von Marken oder infolge Einziehung durch Kassen, fällt dem Arbeitgeber zu, der berechtigt ist, die Hälfte der Beiträge vom Lohn abzuziehen. Dagegen haben freiwillig Versicherte den vollen Beitrag aus eigenen Mitteln zu zahlen.

Bis 31. Dezember 1910 betragen die Wochenbeiträge:

I.	Lohnklasse	bis	350	Mark	wöchentlich	14	Pfennige
II.	„	„	550	„	„	20	„
III.	„	„	850	„	„	24	„
IV.	„	„	1150	„	„	30	„
V.	„	über	1150	„	„	36	„

Die Altersrente*), welche nach Ablauf einer gewissen Wartezeit von ungefähr 30 Jahren (1200 Beitragswochen) — für die Übergangszeit sind Erleichterungen geschaffen — von Beginn des 71. Lebensjahres an zu zahlen ist, besteht aus einem von den Versicherungsträgern aufzubringenden Teile, welcher in den fünf Lohnklassen jährlich 60, 90, 120, 150 und 180 Mk. beträgt, und aus dem Reichszuschusse von jährlich 50 Mk. für jede Rente. Es steht aber dem Versicherten frei, eventuell nach Einigung mit dem Arbeitgeber, sich in einer höheren Klasse zu versichern. Die Altersrente setzt Erwerbsunfähigkeit nicht voraus, sie bildet daher nur einen Zuschuß für die Lebenshaltung aller Arbeiter. Die Erfüllung der vielfach ausgesprochenen Wünsche nach einer Herabsetzung der Altersgrenze von 70 auf 65 oder 60 Jahren, muß der Zukunft vorbehalten bleiben.

Noch ist hervorzuheben, daß, wie auf dem Gebiete der Unfallversicherung, so auch hier in gewissen Fällen ein Ruhen der Rente und die Abfindung durch eine Kapitalzahlung vorgesehen ist.

An Stelle der Rente können unter gewissen Umständen auch Naturalleistungen gewährt werden. Besonders hervorgehoben wird, daß Gewohnheitstrinkern die Geldrente ihrem vollen Betrage nach in Naturalien zu leisten ist (§ 24 Abs. 2 des Invalidenversicherungsgesetzes).

Vielfach wird gesagt, daß die Renten viel zu klein seien. Dabei wird jedoch übersehen, daß durch freiwillige Versicherung in höheren

*) Vergl. die deutsche Arbeiterversicherung. Berlin 1906, Behrend & Comp.

Lohnklassen, was zulässig ist (§ 34 des Invalidenversicherungsgesetzes), die Möglichkeit der Erlangung einer höheren Rente gegeben wird. Über das Notwendigste zum Leben hinauszugehen, schien bei der Zwangsversicherung der Reichsregierung nicht richtig.

Die Invalidenversicherung gewährt den Versicherten im Falle der Invalidität, d. h. wenn die Erwerbsfähigkeit des Versicherten infolge von Alter, Krankheit oder Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel derjenigen eines Normalarbeiters derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend herabgesetzt ist, nach Vollendung einer gewissen Wartezeit (von 200 Beitragswochen) eine Invalidenrente. Diese Rente wird ferner schon gewährt, wenn die Invalidität tatsächlich länger als ein halbes Jahr (26 Wochen) gedauert hat (sogenannte Krankenrente). Die Zahlung dieser Rente schließt sich an die Leistungen der Krankenversicherung an, welche in der Regel nach 26 Wochen ihr Ende erreichen.

Die Invalidenrente besteht aus einem Grundbetrage, welcher nach fünf Lohnklassen abgestuft 60, 70, 80, 90 und 100 Mk. beträgt, ferner aus einer Erhöhung dieses Grundbetrages (Steigerungssatz) von je 3, 6, 8, 10 und 12 Pf. in den fünf Lohnklassen für jede einzelne Beitragswoche und einem Zuschuß aus der Reichskasse für jede Rente in Höhe von 50 Mk. Diese drei Bestandteile zusammengerechnet ergeben den Betrag der jährlichen Invalidenrente.

Demgemäß beträgt die Invalidenrente nach Ablauf der Wartezeit von 200 Beitragswochen, also bei ihrem Mindestbetrag in Lohnklasse I: 116 Mk., II: 126 Mk., III: 134 Mk., IV: 142 Mk., V: 150 Mk.

Rechnen wir die Invalidenrente nach Ablauf von 50 Jahren oder 2500 Beitragswochen, so steigt sie in Klasse V bis zu 450 Mk.

Alle Renten werden im voraus bezahlt und sind der Pfändung oder Beschlagnahme entzogen. Bezieht der Versicherte bereits Unfallrente oder Pension, so ruht sein Anspruch auf die Alters- oder die Invalidenrente solange und soweit diese mit jenen Bezügen zusammen den $7^1/_2$fachen Grundbetrag seiner Invalidenrente übersteigt. Befindet sich der Berechtigte in Haft oder im Ausland, so ruht ebenfalls die Rente.

Die Durchführung dieser Versicherung wurde unter staatlicher Garantie besonderen Versicherungsanstalten übertragen, deren Statut von einem Ausschuß aus Vertretern der Arbeitgeber und der Versicherten festgesetzt ist. Die Versicherungsanstalt verwaltet ihre Einnahmen und ihr Vermögen; sie kann es auch bis zur Hälfte in solchen Veranstaltungen anlegen, welche ausschließlich oder überwiegend der versicherungspflichtigen Bevölkerung zugute kommen.

Erwerbsunfähigkeit ist dann anzunehmen, wenn Personen nicht mehr imstande sind, durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten ent-

sprechende Tätigkeit, die ihnen nach billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Menschen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Vorsätzlich oder bei Begehung eines Verbrechens erworbene Erwerbsunfähigkeit läßt den Anspruch nicht zu.

Um Ihnen ein Bild von den Leistungen der Invalidenversicherung zu geben, entnehme ich folgende Angaben aus dem Leitfaden der Arbeiterversicherung.

In den ersten 15 Jahren (1891—1905) wurden neben 1655754 Beitragsrückerstattungen und 290000 Verpflegungsfällen 437914 Altersrenten und 1347410 Invalidenrenten bewilligt und 1162 Millionen (einschließlich 387 Millionen Mark Reichszuschuß) ausgezahlt, während 1821 Millionen Mark an Beiträgen eingenommen wurden. Es ergibt sich daraus, daß die Altersrente etwa $^1/_4$ der Renten ausmacht, was bei dem Entwurf des Gesetzes wohl kaum erwartet wurde. Im Jahre 1905 betrug die Zahl der Versicherten 13948200, für welche an Beiträgen von seiten der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer je 80645920 Mk. erstattet wurden. Die Zahl der entschädigten Personen betrug 1286000, die Ausgaben an diese 158220011 und 14957154 Mk. Verwaltungskosten.

Die von der Versicherungsanstalt Rheinprovinz aufgebrachten Invaliden- bezw. Kranken- und Altersrenten betrugen

1891: 802629 Mk. (ohne den Reichszuschuß)
1905: 9530490 „ „ „ „

Von den Renten im Jahre 1905 fallen $^3/_4$ auf Männer, $^1/_4$ auf Frauen, $^{11}/_{16}$ auf die Industrie, $^3/_{16}$ auf andere Berufsgruppen.

Die Invalidenversicherung hat aber, wie oben erwähnt, noch eine andere Aufgabe von größter Bedeutung übernommen, die Krankenfürsorge, zur Vermeidung der Invalidität. Infolge weitherziger Auslegung der Gesetzbestimmungen seitens des Reichsversicherungsamtes haben die Träger der Invalidenversicherung diese Tätigkeit von Jahr zu Jahr ausgedehnt.

Die Kosten für das Heilverfahren betrugen im Jahre 1905 in der Rheinprovinz 1534793 Mk.

Ist ein Versicherter krank, so daß in der Folge Erwerbsunfähigkeit und Anspruch auf Invalidenrente zu besorgen ist, so ist die Versicherungsanstalt befugt, zur Abwendung des Nachteils ein Heilverfahren in dem ihr geeignet erscheinenden Umfang eintreten zu lassen. Die Versicherungsanstalt kann das Heilverfahren durch Unterbringung des Erkrankten in einem Krankenhause oder in einer Anstalt für Genesende gewähren. Ist der Erkrankte verheiratet oder hat er eine

eigene Haushaltung, oder ist er Mitglied der Haushaltung einer Familie, so bedarf es hierzu seiner Zustimmung.

Läßt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so gehen von Beginn bis zur Beendigung desselben die Verpflichtungen der Krankenkasse gegen den Versicherten und die Angehörigen auf die Versicherungsanstalt über.

Der Versicherte hat sich den Anordnungen zu fügen, wenn er nicht eventuell später ganz oder teilweise der Rente verlustig gehen will. Operation und Narkose können ebenfalls wie nach Unfällen nur mit seiner Zustimmung vorgenommen werden.

Die Durchführung dieser Bestrebungen wurde dadurch ermöglicht, daß eine werktätige Gesinnung für Verbesserung unserer hygienischen Verhältnisse zahlreiche Vereine entstehen ließ, so das Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose. Mehr als 100 Lungenheilstätten mit allen hygienischen Anforderungen sind infolge der stattgehabten Anregung in Deutschland entstanden. Vereine zur Verhütung der Tuberkulose und zur gesundheitsmäßigen Lebensgestaltung, der deutsche Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke; die deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, suchen erzieherisch auf das Volk zu wirken. Pekuniäre Zuwendungen der Invalidenversicherung haben es vielfach diesen Vereinen erst ermöglicht, praktisch zu wirken.

Besondere Aufmerksamkeit hat die Invalidenversicherung der Tuberkulose, den verschiedensten Herzleiden, der Blutarmut, der Gicht, dem Rheumatismus zugewendet. Unter Mitwirkung der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz ist außer den Tuberkulosenheilstätten in der Rheinprovinz eine Anstalt für nervenkranke Frauen (Rodenkirchen) und eine Anstalt für rheumatische Kranke in Aachen ins Leben gerufen worden.

Auf Kosten der Invalidenversicherung wurden Heilverfahren eingeleitet

1897	bei	10564	Personen	mit	einem	Kostenaufwand	von 2011148,75 Mk.
1898	„	13758	„	„	„	„	„ 2769320,23 „
1899	„	20039	„	„	„	„	„ 4056975,19 „
1900	„	27427	„	„	„	„	„ 6210726,33 „
1901	„	32710	„	„	„	„	„ 7912219,85 „
1902	„	35949	„	„	„	„	„ 9056240,60 „
1903	„	43593	„	„	„	„	„ 11501205,47 „
1904	„	49491	„	„	„	„	„ 12735080,90 „
1905	„	56520	„	„	„	„	„ 14448005,02 „

Im Jahre 1906 wurden 31022 Personen wegen Tuberkulose, 24566 wegen anderer Erkrankungen in Heilbehandlung genommen.*)

*) Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamtes 1907.

In Trinkerheilanstalten wurden 1905 55 Männer und 2 Frauen behandelt.

Was die Resultate bei anderen Krankheiten (nicht tuberkulösen) betrifft, so ergeben die Endergebnisse der Behandlungsjahre 1897—1902 nach fünfjähriger Kontrollperiode, daß noch 38, 36, 36, 40, 43 Erwerbsfähige unter 100 in Behandlung Genommenen sich befanden.

Bei Tuberkulösen ergab das Resultat der Jahre 1897, 1898, 1899, 1900 und 1901, daß von 100 Behandelten nach fünf Jahren noch 27, 31, 32, 31, 34 Personen erwerbsfähig waren. Aus dem Jahre 1902 beträgt die Zahl der erwerbsfähigen behandelten Tuberkulösen nach fünf Jahren sogar 42 Prozent. Bei den Tuberkulösen war häufig eine Wiederaufnahme der Behandlung notwendig, so von 1000 in den Jahren 1900 bis 1904 Behandelten bei 129—140. Im ganzen sind die Erfolge der Heilstättenbehandlung bei Tuberkulose fortschreitend besser geworden, wozu vielleicht auch eine Beschränkung in der Aufnahme beiträgt. Immerhin sind die Ergebnisse der Tuberkulosebehandlung noch nicht als glänzend zu bezeichnen. Aber es wird im Laufe der Zeit doch gelingen, diese schwerste Seuche des deutschen Volkes mehr und mehr einzuengen. Jedenfalls sind aber nach den Berechnungen von Bielefeldt die Erfolge der in Heilstätten behandelten Tuberkulösen wesentlich besser als diejenigen der nicht behandelten. Wenn man aber auch der Beweisführung von Bielefeldt keine zweifellose Bedeutung zuerkennt und somit mehr auf die praktische Allgemeinerfahrung in der Beurteilung angewiesen ist, so muß man der Tuberkulosenbehandlung in Heilstätten doch noch eine weitere große Bedeutung zuerkennen. Diese beruht in der Erziehung der Lungenkranken zur Prophylaxe des einzelnen und der Familie. Die Versicherungsanstalten und das Reichsversicherungsamt haben besondere Druckschriften, welche Kenntnisse verbreiten sollen und Mahnungen enthalten, drucken lassen und bringen sie zur Verteilung. Gewiß wird auf diese Weise, wie Grotjahn kürzlich ausgeführt hat, das sozialhygienische Ziel der Ausrottung der Tuberkulose als Volkskrankheit nicht erreicht. Aber eine solche Auffassung hegten auch nur Enthusiasten, während kritische und erfahrene Ärzte den ausgesprochenen Hoffnungen schon deshalb nicht energisch entgegentraten, weil mit Sicherheit eine Besserung der bestehenden traurigen Verhältnisse erhofft werden konnte, und damals zuerst eine groß geplante Agitation für verständige Gesundheitspflege sich bemerkbar machte, die man hegen aber nicht zerstören durfte. Daß neben der Heilstättenbehandlung Fürsorgestätten, Hausbesuche und auch Tuberkulosenheime teils zur besseren Sorge für die Kranken, teils zum Schutz für die Gesunden erwünscht sind, bedarf kaum besonderer Betonung.

Weiterhin hat die Invalidenversicherung ihre Fürsorge der Kran-

kenpflege auf dem Lande, der Errichtung von Gemeindepflegestationen mit Krankenschwestern und ausgebildeten Pflegerinnen zugewandt. Die Vorsorge bei ansteckenden Erkrankungen, die ersten Maßnahmen bei Verletzungen, die Unterstützung des Arztes, die Beaufsichtigung von Invaliden, die Anregungen zur Wiederholung eines Heilverfahrens, die Anleitungen zu verständiger Hygiene sind die Hauptaufgaben, welche den Schwesternstationen zufallen. Auch die Verbreitung guter populärer Schriften über Krankheiten und Krankheitsverhütung danken wir einzelnen Landesversicherungsanstalten. In jüngster Zeit läßt auch das Reichsversicherungsamt unter seinem neuen Präsidenten Kaufmann eine regelmäßige Zeitschrift erscheinen.

Außerdem haben die Versicherungsanstalten die für Rentenzahlungen nicht sofort benötigten Kapitalien zur Errichtung von eigenen und fremden Kranken-, Genesungshäusern, Volksheilstätten, Herbergen zur Heimat, Volksbädern, Kleinkinderschulen, Wasserleitungs-, Kanalisationsanlagen usw. gegen geringen Zinsfuß hergegeben. Vom 1. Januar 1891 bis zum Jahre 1906 sind für diese Zwecke 210 Millionen Mark, für den Bau gesunder Arbeiterwohnungen 155 Millionen Mark bewilligt worden. Welche Summe erhaltener Arbeitskraft des Volkes hieraus resultiert, läßt sich gar nicht ermessen. Vielleicht hängt der überraschende Rückgang der Tuberkulosesterblichkeit in Deutschland zum Teil mit diesen Bestrebungen zusammen.

Die Thüringische Anstalt hat auch Invalidenheime gegründet, in welchen die Invaliden gegen Überlassung ihrer Renten und der noch verbliebenen Arbeitskraft freien Unterhalt finden.

M. H.! Wir haben nun zu fragen, auf welche Weise der Versicherte in den Besitz der Rente kommt. Für die Altersrente ist der Nachweis des vollendeten siebzigsten Lebensjahres und der gesetzlich vorgeschriebenen 1200 Beitragswochen zu erbringen. Der Versicherte hat sich an den Landrat, Bürgermeister oder den Gemeindevorstand (Krankenkassenvorstand, Rentenstelle) mit seinem Antrag zu wenden.

Zur Erlangung der Invalidenrente hat der Versicherte sich persönlich an seine Gemeindebehörde oder durch Vermittlung der Krankenkasse an diese zu wenden. Er hat alsdann ein Formular mit Fragen auszufüllen und weiterhin Auskunft über seine Krankheit, seine Arbeitsfähigkeit, die von ihm zu versorgenden Angehörigen und den Namen seines behandelnden Arztes anzugeben; gleichzeitig gibt er die Einwilligung, daß dieser ihn auf Erwerbsfähigkeit untersucht. Eigentlich hat er die Pflicht, das ärztliche Zeugnis über Invalidität selbst beizubringen; doch wird hiervon vielfach abgesehen.

Die Gemeindebehörde fügt dann ihrerseits die weitere Auskunft bei und übersendet den Antrag der Versicherungsanstalt.

Die Versicherungsanstalt prüft zunächst, ob die Voraussetzungen

zum Bezug der Invalidenrente (außer der ärztlich festgestellten Invalidität) vorliegen, insbesondere ob die gesetzliche Wartezeit vergangen ist, sodann kann sie weitere Erhebungen anstellen, indem sie von den Arbeitgebern den Lohnnachweis einfordert, den Versicherten nochmals untersuchen läßt, ihn geeignetenfalls in ein Krankenhaus überweist, kurz alles tut, um den Fall nach Möglichkeit klarzustellen. Nachdem die Invalidität zweifellos erwiesen ist, kommt die Frage, von welchem Tage dieselbe datiert, eine Frage, deren Beantwortung dem behandelnden Arzt zufällt.

Wenn die beigebrachten Beweise und Erhebungen nicht hinreichen, um nach Ansicht der Versicherungsanstalt die Invalidität zu beweisen, so lehnt die Versicherungsanstalt den Antrag ab.

In diesem Falle steht dem Versicherten der Rekurs an das Schiedsgericht zu.

Für den Bezirk jeder Versicherungsanstalt ist mindestens ein Schiedsgericht (in der Rheinprovinz neun) für Unfall- und Invalidenversicherung errichtet, in dem als Beisitzer die gleiche Zahl von Arbeitgebern und Arbeitnehmern fungiert, während der Vorsitzende von der Zentralbehörde des Bundesstaats gewählt wird. Aufsichtsbehörde ist das Reichsversicherungsamt resp. das Landesversicherungsamt, bei welchem auch Revision eingelegt werden kann.

Sowohl das Schiedsgericht als das Reichsversicherungsamt prüfen auf erfolgten Rekurs des Rentenbewerbers oder der Versicherungsanstalt die Angelegenheit erneut, lassen entweder in der Sitzung den Betreffenden untersuchen oder ordnen eine erneute Untersuchung durch einen Obergutachter an.

Wird der Antrag des Rentenbewerbers auch hier abgelehnt, so kann nach einem weiteren Jahr der Antrag mit den verlangten Beweismitteln erneut gestellt werden. Häufig kommt es vor, daß innerhalb eines Jahres die vorher noch nicht vorhandene Invalidität zweifellos ist.

Aber auch die Invalidenversicherung kann die Invaliditätsfeststellung jederzeit neu aufnehmen und nach etwa eingetretener Besserung die Rente entziehen. Auch hiergegen steht dem Versicherten Berufung zu.

Der Antrag auf ein Heilverfahren, welches ja stets wesentlich höhere Kosten verursacht, geht mit dem notwendigen ärztlichen Zeugnis und den übrigen Belegen nur an die betreffende Versicherungsanstalt. Gegen den abgelehnten Antrag ist ein Rekurs nicht angängig.

Achte Vorlesung.

Arzt und Invalidenversicherung.

(Ärztliche Tätigkeit im Rentenverfahren, Kosten des Gutachtens, Vertrag der Ärztekammer mit der Landesversicherungsanstalt, untere Verwaltungsbehörde, Schwierigkeit der ärztlichen Beurteilung, Tuberkulose, Herzkrankheiten, Invalidität der Bergleute, ärztliche Gutachten für Heilverfahren, Aufträge der Landesversicherung an Ärzte.)

M. H.! Zwei große Aufgaben sind es, welche dem Arzt gegenüber der Invalidenversicherung zufallen:

1. die ärztliche Tätigkeit im Rentenverfahren,
2. die ärztliche Tätigkeit im Heilverfahren.

Jede dieser Aufgaben tritt in verschiedener Form an den Arzt heran.

Das Rentenverfahren erheischt zunächst eine Vorbereitung, mit welcher die untere Verwaltungsbehörde betraut ist. In Preußen sind diese in Städten mit mehr als 10000 Einwohnern die Gemeindebehörden, im übrigen die Landräte, in Hohenzollern die Amtmänner. Bei dieser Verwaltungsbehörde hat der Antragsteller den Nachweis der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes zu erbringen und dabei ein ärztliches Gutachten beizubringen, in welchem die Leiden des Bewerbers und die Behinderung in der Leistungsfähigkeit mitgeteilt werden. Nach den Entscheidungen des Reichsversicherungsamtes vom 3. April 1905 und vom 5. März 1906 ist es nicht Sache des ärztlichen Gutachters, anzugeben, ob die bei dem Leiden vorhandenen Kräfte ein hinreichendes Arbeitsverdienst noch zulassen, oder den Einfluß des Leidens auf die Erwerbsfähigkeit abzuschätzen, sondern Sache der unteren Verwaltungsbehörde, welche die Frage der Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes, sowohl nach der wirtschaftlichen wie nach der ärztlichen Seite, zu prüfen hat. Indessen werden die Ärzte meist zu einer Äußerung aufgefordert, wie hoch sie den Einfluß des festgestellten Leidens auf die Erwerbsfähigkeit einschätzen.

Die Kosten für die Beweisführung des Antragstellers haben grundsätzlich, wie auch das Reichsversicherungsamt (Amtliche Nachrichten

1900 S. 826) und die ganze Praxis annimmt, die Antragsteller selbst zu tragen. Da es sich aber meist um Arme handelt, welche nicht in der Lage sind, ein ärztliches Gutachten auf eigne Rechnung beizubringen, so haben die Versicherungsanstalten meist Zuschußhonorare von drei bis sechs Mark für das ärztliche Zeugnis bewilligt; seitens der Ärztekammer ist allerdings vielfach die volle Erstattung des ärztlichen Gutachtens von neun Mark verlangt worden. Nach vielfachen Verhandlungen darüber ist zwischen der Landesversicherung und der Ärztekammer der Rheinprovinz der nachfolgende Vertrag zustande gekommen, der sich sowohl auf das Nachsuchen einer Invalidenrente als eines Heilverfahrens bezieht.

1. Die Landesversicherung Rheinprovinz sichert denjenigen Versicherten, welche eine Invalidenrente oder ein Heilverfahren bei ihr nachsuchen wollen, die freie Arztwahl in dem Sinne zu, daß jeder Antragsteller berechtigt ist, ein Gutachten des von ihm zugezogenen oder beratenden Arztes zur Begründung seines Antrags vorlegen zu lassen, oder die zuständige Behörde zur direkten Einziehung dieses Gutachtens zu veranlassen.
2. Die Gutachten müssen auf den von der Landesversicherungsanstalt mit dem Vorstande der Ärztekammer zu vereinbarenden Formularen gewissenhaft und vollständig abgefaßt werden. Ergänzungen und Berichtigungen seines Gutachtens hat der zugezogene Arzt ohne besondere Kosten vorzunehmen.
3. Als Zuschußhonorar für diese Gutachten zahlt die Landesversicherungsanstalt eine Vergütung, die sich bei den Gutachten für Invalidenrenten auf sechs Mark, bei solchen für Heilverfahren auf fünf Mark bemißt. Die Bezahlung erfolgt an den Arzt, dem es überlassen bleibt, mit dem Antragsteller zu vereinbaren, welcher weitere Betrag für das Gutachten zu entrichten ist.
4. Die Landesversicherungsanstalt wird die Verwaltungsbehörden, gemäß Nr. 5 der Preußischen Ministerial-Anweisung vom 15. November 1904, betreffend das Verfahren vor den unteren Verwaltungsbehörden, ersuchen, bei Vorbereitung der der Landesversicherungsanstalt einzureichenden Anträge im Sinne des vorstehenden Abkommens zu verfahren.
5. Dieses Abkommen ist auf unbestimmte Zeit geschlossen, bleibt aber jedesmal drei Monate vor Schluß des Kalenderjahres von beiden Seiten kündbar.

Bringt der Antragsteller kein Attest bei, so prüft die untere Verwaltungsbehörde, ob überhaupt eine Bewilligung nach dem Gesetz möglich ist. Ist das der Fall, so kann sie mit der ärztlichen Untersuchung des Gesundheitszustandes einen Arzt nach Wahl betrauen

(so den behandelnden Arzt oder Kreisarzt), für dessen Tätigkeit das allgemein bewilligte Zuschußhonorar berechnet wird. Die untere Verwaltungsbehörde kann aber auch weitere ärztliche Gutachten einfordern oder Sachverständige ebenso wie die Gerichte vorladen. Die weiteren ärztlichen Gutachten und die Kosten des Verfahrens werden von der Verwaltungsbehörde getragen.

Die untere Verwaltungsbehörde gibt sodann unter Beifügung eines schriftlichen Gutachtens die Akten an die Landesversicherungsanstalt. Diese prüft den Antrag erneut, wobei vielfach ein ärztlicher Berater mitwirkt. Manche Fälle werden dann noch zur weiteren Klarstellung Kliniken oder Krankenhäusern überwiesen.

Die ärztliche Beurteilung der Invalidität ist naturgemäß eine sehr schwierige. Zunächst hat eine sorgfältige Anamnese und dann eine genaue Erhebung des Befundes zu erfolgen. Auf Grund der Ergebnisse hat der Arzt eine Diagnose, eine Prognose zu stellen und sodann die Leistungsfähigkeit des Untersuchten zu beurteilen. Es ist ja außerordentlich bequem, wie es seitens mancher Ärzte geschieht, mit anscheinend gutem Herzen möglichst weitherzig und leicht die Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes zu bescheinigen, aber es ist eine Pflichtversäumnis, wenn es fahrlässig geschieht und ein Betrug, wenn man mit Bewußtsein einem Menschen zuerkennt, was ihm nicht zukommt.

Aber auch abgesehen von derartiger Versäumnis ist die Beurteilung häufig schwer. Sie hängt damit zusammen, daß auch die ärztliche Diagnose und Prognose nicht immer ganz leicht ist. Der Arzt kann deshalb nicht vorsichtig genug in der Beurteilung sein. Wenn der Arzt bei einem etwa 50jährigen Kranken auf Grund von Magenbeschwerden und fortschreitender Abmagerung, sowie gelegentlichem Erbrechen die Diagnose auf Magenkrebs stellt und den Tod des Kranken in zwei Jahren voraussagt, wenn dann der Kranke sich erholt und nach drei und fünf Jahren wieder voll arbeitsfähig ist, so hat der Arzt in den Augen der Verwaltungsbehörde eine schwere Blamage erfahren. Vielleicht hat er den Fall nicht hinreichend untersucht, keine Salzsäurebestimmung des ausgepumpten Mageninhalts, keine Milchsäure- und Blutprobe angestellt, während er durch eingehende Untersuchung sich möglicherweise vor falscher Diagnose hätte schützen können.

Alle die Schwierigkeiten einer genauen Diagnose, und die Fehler in derselben, wie sie so leicht im Laufe der Zeit unter Außerachtlassung der Diagnostik sich einstellen, aber auch der Mangel mancher technischen Fähigkeiten in der Diagnose, treten hier zutage.

Der Arzt, der nicht in der Lage ist, einen Fall eingehend zu beurteilen, sollte daher lieber bei Zweifeln die Einweisung in ein Krankenhaus beantragen.

Es gibt aber außerdem noch genügend Schwierigkeiten in der Beurteilung. Chronische Lungenkrankheiten stellen in der Abschätzung der Leistungsfähigkeit besondere Schwierigkeiten. Der eine Tuberkulöse arbeitet mit seinem Leiden Jahrzehnte, der andere bei geringerem Befund ist früh erwerbsunfähig. Die Abschätzung der subjektiven und objektiven Beschwerden ist nicht ganz leicht.

Leichter ist vielfach die Beurteilung der Herzkrankheiten, weil hier die funktionelle Diagnose zuhilfe gezogen werden kann.

Ein verhältnismäßig großes Kontingent von Antragstellern stellen Fälle mit Emphysem und Bronchitis. Es gibt manche Leidende, welche glauben, sie seien rentenberechtigt, wenn sie nicht mehr den früheren Lohn verdienen können und infolgedessen Sorgen im Hause auftreten. Es mag dem Arzt manchesmal schwer werden, auf Grund des Befundes den Bewerber von der Aussichtslosigkeit zu überzeugen, oder seine Bitte abzuschlagen, er muß es aber in vielen Fällen nach seinem Gewissen auf Grund der Gesetze und tut gut, den Antragsteller auch über die gesetzliche Seite aufzuklären. Ähnliches kommt auch häufig bei Bergleuten vor, welche berufsinvalide sind, als solche Invalidenrente beziehen und nunmehr auch Anspruch auf staatliche Invalidenrente zu haben glauben, wiewohl sie oft mehr als die Hälfte des Tagelohns gewöhnlicher Arbeiter zu verdienen imstande sind. Man muß stets berücksichtigen, daß Berufsinvalidität noch keineswegs Erwerbsunfähigkeit im Sinne des Gesetzes bedeutet. Ich erinnere mich aus letzter Zeit eines Mannes, der die schwere Arbeit eines Sackträgers bei einem Müller nicht mehr leisten konnte und deshalb Invalidenrente beantragte, trotzdem außer etwas Emphysem und Bronchitis nichts weiter nachweisbar war, und die Kräfte im übrigen auf mehr als die Hälfte der Arbeitsfähigkeit schließen ließen. Schlimmer daran ist ein schwächlicher, zart gebauter Schreiber, der nicht mehr zu schreiben vermag.

Manche Fälle leiden seit früher Jugend an Kyphose, Hüftgelenkaffektion, spinaler Kinderlähmung und ähnlichem. Nun haben sie häufig mit Unterstützung von Angehörigen oder von Verbänden die betreffenden Beitragswochen geklebt — und jetzt geben sie an invalide zu sein, nur noch die Kost verdienen zu können usw., häufig erhalten sie dann auf Grund der Nachweise Invalidenrente. Hier liegt eine Ausnutzung des Gesetzes zugunsten von Familie und Armenverbänden vor.

Große Schwierigkeit machen Fälle mit Verdacht einer bösartigen Neubildung. Hier kann nur die eingehendste Untersuchung nach allen Richtungen einigermaßen schützen. Aber in Fällen des Zweifels ist es besser keine Diagnose als eine falsche zu stellen. Die Behörden werden es im Laufe der Zeit als das Charakteristikum eines vorsichtigen und gut ausgebildeten Arztes schätzen lernen, daß er hier und da mit der Diagnose zurückhaltend ist.

Das zweite Gebiet der Invalidenversicherung, welches eine Mitwirkung des Arztes erheischt, ist das Heilverfahren. Die Versicherung hat aber nur dann ein Recht das Heilverfahren einzuleiten, wenn gegründete Aussicht vorhanden ist, daß die Invalidität hinausgeschoben wird, also die Aufwendungen für das Heilverfahren mindestens durch Ersparnis der Rente aufgewogen werden. Ist eine solche begründete Aussicht nicht vorhanden, so darf die Landesversicherung ein Heilverfahren nicht übernehmen. So werden Krebs, Geisteskrankheit, Zuckerharnruhr, ausgedehnter Lupus und auch Epilepsie meist abgelehnt.

Ambulatorische Behandlung in der Wohnung des Versicherten oder des Arztes als Heilverfahren zu übernehmen, lehnen die Versicherungsanstalten häufig ab, da die Garantie für eine sorgfältige und sachgemäße Durchführung des Heilverfahrens meist fehlt. Doch habe ich selbst in mehreren Fällen geraten, das Heilverfahren zu Hause und in der Wohnung des Arztes fortsetzen zu lassen, wenn ich aus der Behandlung und dem Verlauf der Krankheit einen Erfolg erwarten konnte.

Auch beim Heilverfahren ist der Versicherte grundsätzlich verpflichtet, ein Gutachten auf eigene Kosten dem Antrage beizufügen. Jedoch zahlen die Versicherungsanstalten das schon oben erwähnte Zusatzhonorar. Weitere Gutachten, die von der Anstalt gefordert werden, gehen natürlich auf deren Rechnung. Diese werden häufig eingezogen, einmal wenn es sich um Behandlung eines Spezialleidens handelt, dessen Erfolg möglicherweise bei dem Allgemeinzustand des Antragstellers keine Rentenersparnis erwarten läßt und sodann bei schwierigen Fällen, welche bezüglich Aufnahme in eine Anstalt oder des Heilverfahrens Bedenken entstehen lassen. So erfordert die Diagnose Lungentuberkulose häufig die Nachprüfung in einem Krankenhause durch Tuberkulininjektionen, die Behandlung von Knochenerkrankungen die Anwendung der Röntgendurchleuchtung und -photographie.

Weiterhin werden die Ärzte zwecks Feststellung der Erwerbsfähigkeit Versicherter oder der Wiedererwerbsfähigkeit von Rentenempfängern herangezogen. Die Frage der Erwerbsunfähigkeit Versicherter kommt insofern in Betracht, als vom Eintritt der dauernden Erwerbsunfähigkeit ab die Krankheit nicht mehr als Beitragszeit angerechnet werden kann, und die freiwillige Weiterversicherung ausgeschlossen ist. Für kurze Bescheinigungen dieser Art werden 3 bis 5 Mk., für ausführliche Gutachten 9, 10 und 12 Mk. von der Versicherungsanstalt bezahlt.

M. H.! Die wohltätigen Einrichtungen der Invalidenversicherung können nur dann ihre volle Wirkung entfalten, wenn die Ärzte sorgfältig mitarbeiten. Denken Sie stets und bei allen Ihren Kranken aus dem Stande der Versicherten daran, daß die Heilbehandlung die besten Aussichten hat, wenn sie frühzeitig begonnen wird und die Krankenkassenzeit nicht abzulaufen braucht, bevor das Heilverfahren eintritt!

Neunte Vorlesung.

Arzt und private Versicherung.

(Unfallversicherung, Haftpflichtversicherung, Hausarzt und Vertrauensarzt, ständige Kommission, Lebensversicherung auf Todesfall, auf Lebensalter, Aufnahmebedingungen, Zahlungsbedingungen, Vertrauensarzt, Untersuchungsformulare, Beschlüsse der Einigungskommission zwischen Lebensversicherungsgesellschaften und Ärzten, Honorierung der ärztlichen Tätigkeit.)

Mit der Entwicklung des modernen Verkehrs um die Mitte des 19. Jahrhunderts entwickelte sich zuerst in dem den Bedürfnissen des praktischen Lebens sich rasch anpassenden England eine private Unfallversicherung unter der Form der Reiseunfallversicherung, d. h. der Versicherung gegen die unmittelbaren körperlichen Unfälle, von denen der Versicherte auf einer bestimmten Reise oder auf Reisen überhaupt innerhalb der Grenzen Europas zu Lande oder zu Wasser betroffen wurde. Daran schloß sich die Seereiseunfallversicherung, nachdem schon lange zuvor eine Versicherung wertvoller Ladung auf Segelschiffen möglich gewesen, und später die Versicherung gegen Unfälle allerart. Ausgeschlossen waren Unfälle, welche der Verletzte mit eigenem Willen sich zuzog.

In Deutschland wurden private Unfallversicherungsgesellschaften gegründet, als durch das Haftpflichtgesetz vom 7. Juni 1871 gewisse Betriebe für die ihren Arbeitern zustoßenden Unfälle haftpflichtig gemacht wurden. Die Kreise der Einzelversicherung wurden bald mehr und mehr ausgedehnt, sei es, daß Tod oder dauernde, oder vorübergehende Arbeitsunfähigkeit als Folgen auftraten. Auch die Unfälle, welche der Arzt in der Ausübung seines Berufs erfährt, wurden einbezogen. Dabei ist es gleichgültig, wo der Unfall sich ereignet hat; doch werden Personen gewisser Lebensalter (so unter 14 Jahren und von mehr als 60 Jahren) und solche, welche durch Defekte oder Leiden (Gebrechliche, hochgradig Schwerhörige und Kurzsichtige, Gelähmte und Epileptische) besonderen Gefahren ausgesetzt sind, meist von der Versicherung ausgeschlossen. Auch Arbeiter in Sprengstofffabriken, Tierbändiger und Luftschiffer werden meist nicht aufgenommen.

Alle privaten Versicherungsunternehmen, welche in Deutschland tätig sind, stehen unter der Kontrolle des Kaiserlichen Aufsichtsamtes für Privatversicherung und bieten infolge der verlangten Reserven eine gewisse Garantie.

Die deutschen Gesellschaften sind teils Unternehmen, welche als Aktiengesellschaften, Handelsgesellschaften oder Gesellschaften mit beschränkter Haftung betrieben werden, teils Versicherungen auf Gegenseitigkeit, bei denen nach Abzug der Verwaltungskosten der Erfolg dem Mitglied zukommt. Alle Gesellschaften setzen aber für die verschiedenen Berufe Gefahrenklassen an, auf Grund deren die Versicherungsbeiträge (Prämien) erhoben werden.

Infolge der eingegangenen Versicherung übernimmt die Gesellschaft gegen Zahlung einer einmaligen oder jährlichen Summe einmal die Verpflichtung, für den Todesfall, bei der Herbeiführung des Todes durch einen Unfall, den Erben des Getöteten eine bestimmte Summe zu bezahlen, oder zweitens die Verpflichtung, Kurkosten oder eine bestimmte Rente zu bezahlen, falls der Versicherte zeitlich oder dauernd ein Leiden oder eine Erwerbsstörung durch den Unfall erlitten hat. Um ein Beispiel zu geben, führe ich folgendes an:

Wenn bei der Kölnischen Unfall-Versicherungs-Aktien-Gesellschaft jemand sich auf den Todesfall mit 30000 Mk., auf den Fall völliger Invalidität mit 60000 Mk. und für vorübergehende Invalidität mit 20 Mk. Tagesentschädigung versichert, so muß er jährlich in Klasse I 157,50 Mk. als Beitrag zahlen.

Eine derartige Versicherung sollte auch kein Arzt, der im Beruf so vielen Gefahren ausgesetzt ist, unterlassen. Bei der gleichen Höhe der Versicherung beträgt der jährliche Beitrag:

für den Arzt in der Stadt, den Ohrenarzt, Augenarzt 236,25 Mk.,
für den Landarzt und Militärarzt 315 Mk.,
für den Arzt in Straf- und Irrenanstalten 275,63 Mk.,
für den Chirurgen 315 Mk.,

falls nicht durch besondere Abkommen mit Ärztevereinen billigere Prämien vereinbart worden sind.

Weiterhin können sich Ärzte und andere Personen gegen Schäden versichern, welche sie in Ausübung ihres Berufes durch Fehler und unglückliches Zusammentreffen von Umständen dritten zufügen. Der Arzt ist in dieser Beziehung heute weit größeren Gefahren ausgesetzt als früher. Einmal sind die Anforderungen an den ärztlichen Beruf weit größer, und dann sind die Ansprüche der Menschen weit andere geworden. Die mehr materielle Gesinnung veranlaßt, daß ein angeblicher Schaden leichter in Geldwert umgerechnet wird. Für den Arzt

kommt aber noch als besonders wichtig hinzu, daß er für die Fehler seiner Gehilfen (Assistenten, Schwestern, Wärterpersonal) mit haftbar ist.

Die Prämie für Haftpflicht ist nicht sehr hoch. Sie beträgt bei einer Versicherungssumme von 150000 Mk. noch nicht 50 Mk. im Jahre.

Der Begriff des Unfalls ist etwa derselbe, wie wir ihn kennen gelernt haben, nur muß er für die Entschädigungspflicht die unmittelbare und alleinige Ursache des Schadens sein, während es gleichgültig ist, ob er innerhalb oder außerhalb der Berufstätigkeit erfolgte. Psychische Traumen, Vergiftungen, Berufskrankheiten, Unterleibsbrüche, Schädigungen aus Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit werden nicht als schadenpflichtig anerkannt.

Beziehungen zwischen Unfallversicherung und Ärzten bestehen für jeden einzelnen Arzt, insofern er zunächst als Hausarzt von seinen Klienten um ein Zeugnis gebeten werden kann, welches dieser infolge von Gesundheitsstörung durch Unfall sich erbittet. Daß für alle diese Zeugnisse die größte Sorgfalt notwendig ist, daß der Arzt gut tut die gleichen Gesichtspunkte im Auge zu behalten, welche wir in dem Kapitel über ärztliche Gutachten und Zeugniswesen zu erörtern haben, versteht sich von selbst. Erklärt der Hausarzt die Behandlung für abgeschlossen, so gibt er ein Schlußattest, indem er die eventuell noch bestehenden Folgen und den Schaden bezeugt. Nur selten begnügen sich die Unfallversicherungen mit diesen Zeugnissen. Meist werden dieselben von einem Vertrauensarzt geprüft. Oft wird auch der Vertrauensarzt veranlaßt, seinerseits den Fall zu untersuchen und ein Gutachten abzugeben. Die häufig dem ärztlichen Gutachten zufallende Beurteilung, ob ein Unfall oder ein inneres Leiden die Ursache der Krankheitserscheinungen war, pflegt auch für den erfahrenen Arzt nicht immer leicht zu sein.

Ein Streitpunkt zwischen den Gesellschaften und Ärzten bildete lange die Frage der Zeugnishonorierung. Nach langen Verhandlungen zwischen einer Kommission des Deutschen Ärztevereins und Vertretern der Gesellschaften, kamen folgende Beschlüsse zustande:

1. Das Honorar für die auf einem bestimmten Formular abgegebenen Atteste zahlen die Versicherungsgesellschaften selbst, ohne es von den Versicherten wieder zu verlangen.
2. Es sollen einheitliche, einfache Formulare für die Atteste aufgestellt werden.
3. Die Versicherungsgesellschaften sind verpflichtet, Besuche durch ihre Vertrauensärzte bei Unfallverletzten nur nach vorheriger rechtzeitiger Benachrichtigung des behandelnden Arztes ausführen zu lassen und ferner von einem etwaigen Ein-

greifen in das Heilverfahren den behandelnden Arzt in Kenntnis zu setzen.

4. An Honorar für das Anfangs- und Schlußattest soll je 5 Mk., für etwaige kürzere Zwischenatteste je 3 Mk. bezahlt werden.
5. Ein von der Gesellschaft betreffs der Behandlung erlangtes Konsilium des behandelnden und Vertrauensarztes, welches die Gesellschaft verlangt, findet auf deren Kosten auch für den behandelnden Arzt statt.
6. Zur ferneren Regelung der Beziehungen des Arztes zu den Gesellschaften sowie zur Beilegung von Meinungsverschiedenheiten wird eine ständige Kommission von je drei Mitgliedern eingesetzt.

Weiterhin kann der Arzt als Vertrauensarzt einer Versicherungsgesellschaft in Beziehung zu dieser treten. Diese Stellung ist nicht ganz leicht, da der Arzt verpflichtet ist, seiner Überzeugung gegenüber der Gesellschaft Ausdruck zu geben und doch die Pflichten gegenüber den erstbehandelnden Ärzten nicht verletzen darf. Daß zu einer derartigen Stellung neben großen Kenntnissen und reicher Erfahrung viel Takt gehört, versteht sich von selbst.

Eine weitere Beziehung kann dem Arzt dadurch zufallen, daß er als Mitglied oder Obmann eines Schiedsgerichtes Streitigkeiten zwischen den Versicherten und der Gesellschaft zu schlichten hat. Dieser Weg ist in neuerer Zeit als der hauptsächlichste oder einzige zur Erledigung von Streitsachen von den meisten Gesellschaften statutenmäßig angenommen worden. In derartigen Fällen muß der Arzt ebenso wie bei Gericht sein Gutachten nach bestem Wissen und Gewissen erstatten.

Arzt und Lebensversicherung.

Mit der Umgestaltung Deutschlands aus einem Agrar- und Beamtenstaat in einen Industriestaat hat sich für den nicht in festem Vermögensbesitz befindlichen Mann mehr und mehr das Bedürfnis herausgestellt, in den Tagen der Arbeit für etwaige Tage der Invalidität für sich, und im Fall des Todes für die Angehörigen Sorge zu tragen. Die Vereinigten Staaten und England waren hierin Vorbild. In Deutschland wurde die erste Lebensversicherung 1827 von Arnoldi ins Leben gerufen, eine auf Gegenseitigkeit gegründete Bank, fast gleichzeitig in Lübeck eine weitere auf Aktien. Bald folgten andere nach und im Jahre 1902 bestanden in Deutschland 21 Gegenseitigkeitsanstalten und 23 Aktiengesellschaften, naturgemäß von verschiedener Bedeutung.

Die einfachste Form ist die Versicherung eines Kapitals auf den Todesfall mit lebenslänglicher Prämienzahlung, aber auch andere Normen der Versicherung mit mannigfachen Variationen wurden im Laufe der Zeit eingeführt, so Zahlung der Beiträge nur für eine bestimmte Zahl von Jahren, die Kapitalversicherung für den Todesfall mit gleichzeitiger Auszahlung in einem bestimmten Lebensalter, oder einer Rente von dieser Zeit an usw. In Fällen von Krieg und Seuchen besteht die Versicherung meist fort, auch auf Reisen in europäischen und kultivierten Ländern. Bei weiteren Reisen muß die Genehmigung der Versicherung eingeholt werden, die meist unter Auferlegung von Zuschlagsprämien erfolgt. Abgewiesen werden in der Regel Kandidaten, welche an Epilepsie, Blasen-, Nieren-, Herzleiden erkrankt sind, welche hereditär eine Disposition zu Lungenkatarrh aufweisen, oder an Blinddarmentzündung oder Gelenkrheumatismus krank waren.

Der Versicherte erhält eine Police als Versicherungsurkunde. Nach dem Tode ist eine Sterbeurkunde des Standesamtes einzureichen, sowie ein genauer Bericht des Arztes über die letzte Krankheit oder über die Ursachen des Todes mit allen Erscheinungen. War kein Arzt bei der Erkrankung in Tätigkeit, so ist die Besichtigung der Leiche durch einen beamteten Arzt erforderlich.

Die Lebensversicherungsanstalten stehen unter dem Kaiserlichen Aufsichtsamt für Privatversicherung. Daß auch der Arzt gut tut, zur Sicherung der Angehörigen bei seinem Ableben, oder einer Rente im Fall des Alters resp. seiner Invalidität einer Lebensversicherungsanstalt beizutreten, brauche ich wohl kaum zu betonen.

Sehen wir aber davon ab, in welcher Weise die Lebensversicherung für den Arzt als Privatmann in Betracht kommt! Für den Arzt als Forscher sind die statistischen Ergebnisse der Versicherungsgesellschaften natürlich von Interesse, für den Praktiker zuerst die Beziehungen, welche die beantragte Aufnahme der Kandidaten bedingen.

Agenten oder Inspektoren suchen für ihre Gesellschaften Kandidaten zu gewinnen. In einem Antrag dieser werden die Personalien, weiterhin die Vorgeschichte in bezug auf Krankheit, Militärverhältnis, Ehe, Gesundheitsverhältnisse der Eltern, Geschwister usw. aufgenommen.

Die Gesellschaft legt diesen Antrag dem Vertrauensarzt vor, oder veranlaßt diesen den Kandidaten eingehend zu untersuchen.

In der Wohnung des Vertrauensarztes folgt nunmehr eine eingehende Untersuchung nach einem von der Gesellschaft aufgestellten äußerst sorgfältig ausgearbeiteten Schema. Ich lasse das der Vaterländischen Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft in Elberfeld hier folgen:

1. Identifizierung:
   a) Kennen Sie die zu versichernde Person?
   b) Sind Sie mit derselben verwandt und in welchem Grade?
   c) Haben Sie dieselbe als Hausarzt oder anderweitig behandelt?
      Im Bejahungsfalle: Wann und an welchen Krankheiten?
   d) Haben Sie dieselbe schon für andere Lebensversicherungsanstalten untersucht? Für welche?

---

2. Körperbeschaffenheit und Ernährung:
   a) Macht die zu versichernde Person den Gesamteindruck eines gesunden Menschen?
   b) Sieht sie dem angegebenen Alter entsprechend aus?
   c) Wie ist die Gesichtsfarbe?
   d) Wie ist der Knochenbau? Besteht eine Rückgratsverkrümmung?
   e) Wie ist die Muskulatur (fest oder schlaff)?
   f) Wie ist Haltung und Gang?
   g) Ist die zu versichernde Person kräftig, mittelkräftig oder schwach?
   h) Körpergewicht? ..... kg nach $\frac{\text{Schätzung}}{\text{Wägung}}$ } Nichtzutreffendes zu durchstreichen.
   i) Körperlänge? ..... cm.
   k) Halsumfang? ..... cm.
   l) Brustumfang (in Brustwarzenhöhe bei horizontal erhobenen Armen gemessen)
      bei tiefstem Inspirium? ..... cm.
      bei vollem Exspirium? ..... cm.
   m) Bauchumfang in Nabelhöhe? ..... cm.

---

3. Äußere Bedeckungen:
   Finden sich Hautausschläge, Narben, Lymphdrüsenanschwellungen, Geschwüre oder Geschwülste, bezw. welcher Art?

---

4. Sinnesorgane und Nervensystem.
   a) Ist normales Sehvermögen vorhanden?
   b) Wie sind die Funktionen des Gehörorgans?
      Bestehen oder bestanden Ohrenkrankheiten, speziell Ohrenfluß? Wie ist in diesem Falle der Zustand des Trommelfelles?
   c) Sind krankhafte Erscheinungen von seiten des Gehirns, Rückenmarkes oder Nervensystems überhaupt vorhanden?
   d) Wie verhalten sich der Gang bei geschlossenen Augen, die Pupillenreflexe, der Patellarreflex?

---

5. Atmungsorgane.
   a) Ergibt die Untersuchung der oberen Luftwege (Nase, Rachen, Kehlkopf, Luftröhre) Unregelmäßigkeiten oder Verdacht auf Erkrankungen derselben?
   b) Ist die Stimme rein und kräftig?
   c) Ist ein Kropf vorhanden? Von welcher Beschaffenheit und Größe? Seit wann besteht die Anschwellung?
   d) Ist der Brustkorb geräumig, gut gewölbt und gleichmäßig gebaut?
   e) Ist derselbe an irgendeiner Stelle, namentlich unterhalb der Schlüsselbeine eingesunken?
   f) Sind die oberen Schlüsselbeingruben vertiefter als normal?
   g) Ist die Hebung und Ausdehnung der Brust bei tiefem Einatmen ausgiebig und beiderseits gleich?
   h) Ist die Atmung ruhig und tief?

i) Zahl der Atemzüge in der Minute?
k) Entsteht bei tiefem Einatmen Husten?
l) Was ergibt die Perkussion und Auskultation der Lunge?
m) Sind demnach die Lungen gesund und ist namentlich Lungentuberkulose und Emphysem auszuschließen?

---

6. Gefäßsystem (Darstellung des Ergebnisses der Palpation, Perkussion und Auskultation).
a) Ist der Herzstoß fühlbar und sichtbar? An welcher Stelle?
b) Ist der Herzstoß nicht verstärkt? Rhythmisch?
c) Grenzen der absoluten Herzdämpfung:
d) Sind die Herztöne rein und deutlich?
e) Welches ist die Häufigkeit und der Charakter des Pulses? Zeigt derselbe krankhafte Veränderungen?
f) Ist das Herz- und Gefäßsystem gesund?
g) Besteht Ausdehnung oder Puls der Venen? Sind Varicen oder Anzeichen von Arteriosklerose vorhanden?

---

7. Verdauungsorgane.
a) Bietet die Untersuchung der Mundhöhle etwas Abnormes? In welchem Zustande sind die Zähne?
b) Welche Form hat der Unterleib? Ist derselbe auf Druck abnorm empfindlich?
c) Sind irgendwelche Geschwülste in demselben fühlbar?
d) Besteht Verdacht auf Unregelmäßigkeiten in der Verdauung?
e) Ist eine Erkrankung des Magens und Darmkanals erkennbar oder zu vermuten?
f) Welche Ausdehnung zeigt die Leber? Ist an ihr eine Erkrankung zu erkennen oder zu vermuten?
g) Ist die Milz nachweisbar vergrößert?
h) Ist ein Bruch oder sind deren mehrere vorhanden?
i) Wird ein Bruchband getragen?
k) Sind Hämorrhoiden vorhanden?
l) Sind die Unterleibsorgane als gesund zu betrachten?

---

8. Harn- und Geschlechtsorgane.
a) Besteht oder bestand eine Krankheit der Harn- oder Geschlechtsorgane?
b) Ist Eiweiß oder Zucker, oder sind sonst pathologische Bestandteile im Harn enthalten?
c) Ist der Harn in Gegenwart des Arztes entleert?
Anmerkung: Die Harnanalyse auf Eiweiß und Zucker ist in jedem Falle erforderlich.

---

9. Allgemeine Fragen.
a) Liegt in der Beschäftigung oder den Lebensverhältnissen der zu untersuchenden Person etwas Gesundheitsschädliches?
b) Besteht Verdacht auf Unmäßigkeit im Genuß geistiger Getränke? oder im Rauchen? auf gewohnheitsmäßigen Gebrauch narkotischer Mittel?

---

10. Schlußurteil.
a) Ist nach Erwägung aller obiger Verhältnisse anzunehmen, daß Antragsteller ein normal hohes Alter erreichen wird?
b) Erachten Sie die Annahme nur zu erschwerten Bedingungen für angezeigt?
c) Halten Sie die Gesundheitsverhältnisse des Antragstellers für zweifelhaft oder für ungünstig? und raten Sie zur Ablehnung?

Die Prüfung der einzelnen von den Versicherungsgesellschaften gestellten Fragen zeigt Ihnen, mit welcher Sorgfalt die ganzen Gesundheitsverhältnisse und die Körperfunktionen des Kandidaten geprüft werden. Handelt es sich doch für die Gesellschaft darum, die Aussichten des Antragstellers in Bezug auf Lebensdauer möglichst klar zu überblicken. Daß der Urin in Gegenwart des untersuchenden Arztes zur Prüfung entleert werden muß, zeigt Ihnen, daß an gelegentliche Unterschiebungen gedacht werden muß.

Zum Schluß faßt der Arzt sein Urteil über den Fall in einigen Sätzen zusammen, zu deren Beantwortung, wie Florschütz sagt, er eine gründliche Kenntnis der Untersuchungstechnik mit dem Verständnis der physiologischen und pathologischen Lebensvorgänge verbinden muß.

Außer diesem vertrauensärztlichen Gutachten benutzen die Lebensversicherungsgesellschaften Zeugnisse über vorangegangene Krankheiten des Kandidaten, welche sie von allen früheren Ärzten einziehen. Der Kandidat hat der Gesellschaft mit dem Antrag durch Unterschrift bezeugt, daß die von ihm bezeichneten Ärzte auf Anfragen jede verlangte Auskunft geben dürfen. Durch diese Berechtigung fallen Bedenken bezüglich des ärztlichen Berufsgeheimnisses fort.

Die verschiedenen, Versicherungsgesellschaften und Ärzte gemeinschaftlich betreffenden schwierigen Punkte, haben schon vor Jahren zur Einsetzung einer ständigen gemischten Kommission aus drei Mitgliedern des Ärztevereins und gleichviel der Lebensversicherungsgesellschaften bestehend geführt. Von den Beschlüssen seien einige der wichtigsten angeführt:

Anstellung von Vertrauensärzten. 1. Die Vertrauensärzte werden nicht von den Vertretern der Gesellschaften, sondern von den Direktionen angestellt und eventuell ihrer Funktionen enthoben.

Wird eine Änderung in dem Verhältnis von Gesellschaft und Vertrauensarzt (Wechsel oder Nebenanstellung anderer Ärzte) beabsichtigt, so ist der Vertrauensarzt seitens der Direktion vorher schriftlich zu benachrichtigen (wenn nicht seitens der Direktion bestimmte ernste Bedenken dagegen bestehen).

Die Untersuchung findet im Hause des Arztes statt. Da eine genaue ärztliche Untersuchung (Kehlkopf-, Ohren-, Urinuntersuchung usw.) am besten im Hause des Arztes sich vollzieht, muß den Agenten gegenüber betont werden, daß die Untersuchung außer dem Hause des Arztes nur ausnahmsweise erfolgen soll.

Im Interesse der ärztlichen Untersuchung liegt es, möglichst einheitliche Formulare herzustellen.

Trifft die Gesellschaft eine vom Urteil des Vertrauensarztes abweichende Entscheidung, so kann sie diesem auf Wunsch ihre Gründe mitteilen.

Die vertrauensärztlichen Gutachten werden von den Ärzten den Direktionen direkt zugesandt.

Auch von den Direktionen dürfen Mitteilungen über den Inhalt des vertrauensärztlichen Zeugnisses weder dem Agenten, noch, ohne Zustimmung des Vertrauensarztes, dem Untersuchten gemacht werden.

In Zukunft werden die Lebensversicherungsgesellschaften die hausärztlichen Atteste (abgesehen von den Fällen, in welchen der Aussteller des hausärztlichen Attestes verstorben ist) nicht mehr austauschen, sondern im Bedarfsfalle die Namen der betreffenden Ärzte angeben, um die Wiedereinforderung des hausärztlichen Attestes zu ermöglichen. Auskunft über die Gesundheits- und Krankheitsverhältnisse der Familienangehörigen darf nur unter ausdrücklicher Ermächtigung der beteiligten rechtsmündigen Person gegeben werden.

Die gegenseitige Mitteilung der vertrauensärztlichen Atteste kann nicht beanstandet werden.

Es widerstreitet dem Interesse eines ständigen guten Einvernehmens zwischen dem Deutschen Ärztevereinsbunde und den Deutschen Lebensversicherungsgesellschaften, wenn ärztliche Vereine durch Beschlüsse ihre Mitglieder verpflichten, höhere Honorarsätze zu verlangen, als durch gemeinsam vereinbarte Bestimmungen festgesetzt sind.

Die gemeinsam vereinbarten Honorarsätze betragen:

a) Für hausärztliche Zeugnisse 5 Mark, oder das Honorar wird der freien Vereinbarung überlassen (Beschluß des zweiten Deutschen Ärztetages zu Eisenach, am 10. Juni 1874);

b) für vertrauensärztliche Zeugnisse bei Untersuchung im Hause des Arztes nach dem dem 1895er Ärztetag vorgelegten oder einem ähnlichen Formulare 10 Mark (Beschluß der gemeinschaftlichen Konferenz zu Berlin am 17. März 1895 und des XXX. Deutschen Ärztetages zu Eisenach vom 28.—29. Juni 1895);

c) für vertrauensärztliche Zeugnisse auf abgekürztem Formular (Volksversicherung, Arbeiterversicherung usw.) ohne Rücksicht auf die Versicherungssumme 5 Mark, wenn durch dieses Formular eine Untersuchung der einzelnen Körperteile verlangt wird (Beschluß des 1895er Ärztetages in Verbindung mit dem Beschlusse des Verbandes deutscher Lebensversicherungsgesellschaften vom 19. April 1900).

Der Gedankengang bei allen diesen Bestimmungen dürfte klar sein. Der Vertrauensarzt soll unabhängig von Agenten und Inspektoren dastehen. Dieser soll die Untersuchung in seiner Wohnung vornehmen, und zur Bequemlichkeit der Ärzte sind Formulare von möglichster Gleichheit erwünscht. Die vertrauensärztlichen Gutachten sollen als Geheimnis zwischen der Direktion und dem Arzt betrachtet werden, und ebenso die hausärztlichen Atteste oder Berichte.

Eine Erhöhung in den Honorarsätzen sowohl für die vertrauensärztlichen Zeugnisse als für die hausärztlichen Atteste oder Berichte wird zurzeit vom Deutschen Ärztevereinsbunde erstrebt. Doch ist ein Übereinkommen noch nicht erzielt worden.

Zehnte und elfte Vorlesung.

Die ärztliche Untersuchung und Begutachtung mit Berücksichtigung der Simulation und Dissimulation von Krankheitserscheinungen.

(Ausnutzung der Versicherungsgesetze, Ablehnung kleiner Eingriffe, schwierige Lage der Ärzte, Gutachten, Gang der Untersuchung, Suggestion und Hysterie, Unterscheidung gegenüber Krankheiten, Epilepsie, Kontusionen des Kopfes, Fraktur der Schädelbasis, Kopfschmerzen, Vertigo, Schlaflosigkeit, Herz- und Lungenkrankheiten, Magen- und Darmblutungen, Nierenkrankheiten, Lähmungen, Monoplegie, Lumbalneuralgie, Ischias, Kontrakturen, Zittern, Neurasthenie, Hysterie, Fibrilläre Muskelzuckungen, Selbstverletzungen, Sinnesorgane, Geisteskrankheiten, Täuschung bezüglich Rückenmarkskrankheiten und nicht versicherungspflichtiger Verletzungen, Simulation bei vorhandener Krankheit, das Gutachten.)

M. H.! Der unermeßliche Segen, welchen die Versicherung gegen Unfall und Tod, die Haftpflichtgesetze und vor allem die staatlichen Versicherungsgesetze gebracht haben, ist der Welt nicht zuteil geworden, ohne daß auch Nachteile im Gefolge waren. Die Nachteile beruhen darin, daß einzelne Menschen die durch die Versicherung gebotenen Vorteile erstreben, ohne dazu berechtigt zu sein.

Daß zur Erlangung solcher gelegentlich Verbrechen nicht gescheut werden beweist jener ruchlose Versuch, ein Schiff mit hoch versicherter Ladung durch eine Höllenmaschine zum Sinken zu bringen. Die vorzeitige Explosion der Maschine auf dem Einladeplatz, welche so vielen Menschen das Leben kostete, wird noch in Erinnerung Älterer fortleben. Derartige verbrecherische Versuche zur Erlangung von Ansprüchen an die Versicherung sind erfreulicherweise nicht häufig. Aber an anderen Versuchen, allgemeine Mittel unberechtigten privaten Zwecken dienstbar zu machen, fehlt es nicht. Ich erinnere mich aus der Hamburger Zeit, daß ein Dienstmädchen nicht allein für sich, sondern auch für ihre an Chlorose im Krankenhaus liegende Schwester, den teuren Eisenlikör besorgte, weil die im Krankenhaus gebräuch-

lichen Pillen der jungen Dame weniger zusagten. In besonderer Erinnerung steht mir auch folgender Fall.

Ein junges Mädchen aus Bürgerkreisen, das niemals an Annahme einer Stellung gedacht hatte, litt an einem Herzfehler. Ein Arzt riet die Behandlung im Eppendorfer Krankenhaus. Um aber die Kosten zu sparen, meldete eine Tante das Mädchen als Dienstboten an. Der nach kurzer Zeit hinzugerufene Arzt der Dienstbotenkasse stimmte dem schon früher gegebenen Rate zu und schrieb den Aufnahmeschein für das Krankenhaus. In diesem verbrachte die Herzleidende etwa drei Monate auf Rechnung der Krankenkasse, um nach der Rückkehr schleunigst aus dem Dienstverhältnis zu scheiden und die Kassenbeiträge zu sparen.

Ähnliche Fälle werden sich in der einen oder anderen Form gewiß wiederholen. Ich mache nur auf die Ausnutzung der Kasse in Zeiten der Arbeitslosigkeit aufmerksam. Daß auch die gesetzliche Eingliederung und mangelnde Beaufsichtigung der Hilfskassen Anlaß zur Ausnutzung durch Betrug und Vorspieglung falscher Tatsachen sowie zu schwerer Schädigung von Versicherten, Krankenhäusern und Ärzten geworden ist, braucht hier nicht weiter ausgeführt zu werden.

Ebenso wie die Krankenkassen sind natürlich die Unfall- und die Invalidenversicherung, weiterhin die privaten Versicherungen und vielleicht nicht minder die Eisenbahnen (im Anschluß an Unfälle) Gegenstand der Ausnutzung. Daß ein Arbeiter, der längst wieder den früheren Lohn verdient, zum Arzt geht und angibt noch immer durch die Folgen eines Unfalls völlig oder nahezu völlig erwerbsunfähig zu sein, ist keine seltene Erscheinung. Gelegentlich wird auch eine Verletzung völlig anderer Ätiologie einem Betriebsunfall zugeschrieben. Ein Beispiel dieser Art sei hier angeführt.

Ein Arbeiter gab an, im Betrieb eine Verletzung des Knies erlitten zu haben. Zeugen bestätigten, daß er plötzlich über Schmerzen infolge Stoßes an die Maschine geklagt hatte. Der Unfall wurde anerkannt und der Patient erhielt eine hohe Rente. Als aber nach Jahr und Tag keine Heilung des anscheinend geringen Betriebsunfalls eingetreten war, wurde der Verletzte einem Krankenhaus überwiesen. Die hier sofort angestellte Röntgenuntersuchung ergab das Vorhandensein eines Schrotschusses im Knie, den der Patient gewiß nicht im Betrieb erlitten hatte.

Auch von künstlich beigebrachten Verletzungen zur Erlangung einer Rente werden wir zu sprechen haben.

Gleich falsche Angaben werden sehr häufig zur Erlangung der Invalidenrente gemacht; und wenn man dann an der Hand der Lohnliste nachweist, daß der oder die Betreffende ja wieder den früheren Verdienst hat und somit nicht mehr berechtigt ist, die Rente zu erhalten, so verweist er oder sie darauf, daß das bei sehr vielen der Fall ist.

Diese Erscheinungen weisen entweder auf eine geringe Entwicklung der Moral in gewissen Klassen der Bevölkerung hin, oder sie zeigen,

daß die Versicherungsgesetze nach dieser Richtung nicht günstig gewirkt haben, wie das Quincke schon ausgeführt hat. Dem erfahrenen Arzt wird es allerdings nicht entgehen, daß in manchen Fällen dieser Art eine gewisse Degeneration in der einen oder anderen Beziehung eine Begleiterscheinung der Bestrebungen zur Erlangung einer völlig oder teilweise ungerechtfertigten Rente ist. Ein in seinem Nervensystem schwaches Individuum reagiert auf schädigende Einwirkungen in intensiverer Weise, als ein normales.

Alle die Schädigungen, die auf unser Volk eine jahrhundertelange ungünstige Wirkung entfaltet haben, wie Alkoholismus, hereditäre Syphilis, Tuberkulose, mangelhafte Ernährung, unzweckmäßige Erziehung, machen sich in ihren Folgen an der Hand der Versicherungsgesetze doppelt bemerkbar.

Ohne die Versicherungsgesetze würden viele nervös belastete Individuen ihre Arbeit kaum oder nur kurze Zeit unterbrechen, wie ja auch viele Neurastheniker ohne Rentenansprüche, worin ich Egger beipflichte, mit den gleichen Beschwerden wie andere weiter arbeiten. Aber es gibt auch, und das darf nicht vergessen werden, unter den Neurosen solche, welche nur sehr beschränkt oder gar nicht arbeitsfähig sind, wenn auch das Verhältnis zu den Arbeitsfähigen geringer ist als bei den traumatischen Neurosen. Auch in der Invalidenversicherung macht sich die gleiche Erscheinung psychischer Arbeitsunfähigkeit bei angemeldeten Rentenansprüchen häufig bemerkbar. Im Gegensatz dazu steht die Erfahrung, daß in den Höchster Farbwerken die traumatische Neurose nach privater Mitteilung dadurch vermieden wird, daß die Arbeiter den seitherigen Lohn weiter erhalten und entsprechend ihrer Leistungsfähigkeit mehr oder weniger leichte Arbeiten erhalten. Ähnliches berichtet auch Windscheid von einer Leipziger Fabrik. Dieses Verfahren, das auch zur allgemeinen Einführung von Hackländer empfohlen ist, läßt sich leider nicht überall durchführen, weil in einzelnen Betrieben (Steinbrüchen, Bergwerken, Eisenwerken) kaum oder nicht genügend leichte Arbeit vorhanden ist.

Auch die Energie der Bevölkerung erfährt einen gewissen Schaden. Das Aufraffen zur Arbeit, das den Menschen stärkende Wort: „Hilf dir selbst, so hilft dir Gott" tritt zurück gegenüber dem Gedanken, daß der Staat oder die Allgemeinheit sorgen muß. Manche Arbeiter aus minder kultivierten Gegenden kehren lieber mit einer kleinen Rente in ihre billigere Heimat zurück, als daß sie den Versuch machen, wieder mit Aufbietung eigener Kraft den früheren und wieder erreichbaren Lohn zu verdienen. In dieser Beziehung sind die Erfahrungen Kaufmanns mit italienischen, die unsrigen mit polnischen Arbeitern sehr lehrreich. Weiterhin erinnere ich mich vieler Fälle, welche sich weigerten, eine kleine Operation (einen Einschnitt zur

Entleerung von Eiter und ähnliches) vornehmen zu lassen, trotzdem ihnen gesagt wurde, daß sie ohne den kleinen Eingriff einen dauernden Schaden davontragen, nach dem kleinen Eingriff ihre Arbeitsfähigkeit wieder erlangen würden. Da das Gesetz den Kranken zur Seite steht, so ist der Arzt machtlos. Aber eine derartige gewiß nicht beabsichtigte Nebenwirkung segensreicher Gesetze, welche die Energie der arbeitenden Bevölkerung lähmt und das Ziel der Unfallentschädigung dem Ziel der Erwerbsfähigkeit vorzieht, darf nicht übersehen werden. Daß bei vielen Verletzten die Erlangung der Rente das Hauptziel ist, besonders wenn sie unter ungünstigen Einflüssen arbeitslos sind, kann nicht mehr bestritten werden.

Daß auch die Ärzte unter dieser Wirkung der Gesetzgebung gelitten haben und noch leiden, muß ebenfalls betont werden. Die Unkenntnis der Gesetze und die mangelhafte Ausbildung in den betreffenden Gebieten brachte es mit sich, daß der eine Arzt, um nur nicht unrecht zu tun, den Wünschen des Kranken in weitgehendster Weise nachkam, ein anderer dieselben auch in berechtigten Fällen abwies. So entstand eine Ungleichmäßigkeit in der Beurteilung, die Verwirrung und Unzufriedenheit herbeiführte.

Aber es entstanden noch weniger erfreuliche Folgen. Die Stellung der Ärzte hatte sich seit den achtziger Jahren des vorigen Jahrhunderts verschlechtert. Die geringe Honorierung der ärztlichen Leistungen, die Abhängigkeit von den Krankenkassenvorständen wirkten nicht allein ungünstig auf die äußere Stellung ein, der intensivere Kampf um das tägliche Brot ließ auch die ideale Seite ärztlichen Handelns zurücktreten und begünstigte das Anwachsen materieller Gesichtspunkte. Das Erkaufen von Kassenarztstellen, die Gefügigkeit gegenüber dem Abzug des Honorars, wie sie eine Gerichtsverhandlung in Altona gezeigt haben, sind Zeuge davon. Aber schwache Elemente erwiesen sich noch in anderer Weise gefügig. Die Furcht Praxis zu verlieren oder der Wunsch solche zu gewinnen machte sie willfährig oder fahrlässig in der Ausstellung von Zeugnissen. Die ärztlichen Ehrengerichte werden ja diesen Auswüchsen entgegentreten, aber daß sie sich so intensiv entwickeln konnten, ist als eine unerfreuliche Nebenwirkung der sonst so segensreichen sozialen Gesetzgebung zu betrachten.

Bei allen diesen Punkten gilt es bei der Neugestaltung der Gesetze und in der Verwaltung Hand anzulegen. Es handelt sich hierbei nicht einmal um Änderungen, die besonders schwierig und in ihren Folgen unübersehbar sind. Die seitherigen Erfahrungen zeigen auch die Wege, auf welchen zur Gestaltung einer rationellen Prophylaxe vorzugehen ist. Von der wünschenswerten Verbesserung in der Krankenkassengesetzgebung, welche wir schon berührt haben, sehe ich hier ab.

Die erste Aufgabe beruht in der frühzeitigen eingehenden Untersuchung des Verletzten und der rechtzeitigen Übernahme des Heilverfahrens zur Erzielung bestmöglicher Arbeitsfähigkeit und zur Entfernung des Verletzten aus schädlichen Einflüssen der Umgebung. Die zweite betrifft die rasche Erledigung der Rentenansprüche (unter besserer Beaufsichtigung einzelner Berufsgenossenschaften) und weiterhin bei Querulanten die Verurteilung zu den Kosten des Verfahrens. Eine Kapitalabfindung, wie Gaupp und Hoche sie vorschlagen, ist vielleicht für einzelne Fälle in einem späteren Stadium am Platz, aber bei der allgemeinen und frühzeitigen Durchführung würde, wie Hoffmann richtig bemerkt, nur die Kapitalabfindungssucht an Stelle der Rentensucht treten. Ich glaube auch kaum, daß die Kapitalabfindung seitens der Eisenbahnen billiger und zweckentsprechender sich stellt, als die Bewilligung von Renten. Letztere macht vielleicht mehr Arbeit, scheint mir aber in vielen Fällen richtiger zu sein.

Der dritte Weg besteht in der besseren systematischen Ausbildung der Ärzte, wobei sowohl Unterricht in allen ärztlich in Betracht kommenden Gesetzen, als klinische Übungen in der Diagnose, Beurteilung und Begutachtung notwendig sind. Zweifellos sind auch seitens der Ärzte viele Fehler gemacht worden.

Wenn Nonne ausführt, daß fünf Fälle schwerer Kopfverletzung ohne Rentenansprüche glatt heilten und die Arbeit wieder aufnahmen, so könnte das dazu führen, von allen Schädelverletzungen mit Rentenansprüchen das gleiche zu erwarten. Daß auch von Fällen schwerer Schädelverletzung (Bruch der Schädelbasis) mit Rentenansprüchen, nach kurzer Zeit die Arbeit wieder aufgenommen und der gleiche Lohn verdient wurde, zeigen mehrere Beobachtungen von mir. Andererseits gibt es aber auch zweifellose Fälle schwerer Schädigung, sei es, daß nur funktionelle Störungen nachweisbar sind, sei es, was nach meinen Untersuchungen häufiger ist, daß zu organischen Störungen rein funktionelle Krankheitserscheinungen sich hinzugesellen.

Jedenfalls muß der Arzt trachten, in keiner Weise ungerecht zu sein und zu sorgen, daß niemals das empfindliche Gefühl gekränkten Rechtes begründeter Weise sich entwickelt.

Der vierte Weg beruht in der Sorge für möglichst frühen Beginn der Arbeit. Auch hier fällt dem Arzt in der psychischen Behandlung eine wichtige, häufig vernachlässigte Aufgabe zu. Das Bestreben des Arztes muß von Anfang der Behandlung an neben den übrigen ärztlichen Maßnahmen dahin gehen, den Mut des Verletzten zu heben und in geeigneten Fällen zu betonen, daß die Arbeit später das beste Heilmittel sein werde. Dann gilt es, den richtigen Augenblick zum Beginn der Arbeit zu erkennen und entsprechende Ratschläge zu

geben. Da aber viele Betriebe minderwertige Arbeiter nicht nehmen, so harrt eine weitere Aufgabe der Lösung, nämlich, durch staatliche oder private Organisation Arbeitsgelegenheit für diese zu schaffen, wie das Sayffaerth zuerst angeregt hat.

Wenden wir uns nunmehr den ärztlichen Aufgaben, welche für Krankheitsbeurteilung sowie die Erscheinungen von Simulation und Dissimulation in Betracht kommen, zu.

Dieser Teil ärztlicher Beurteilung gehört zu den schwierigsten, welche es gibt. Er setzt nicht allein die eingehendste Untersuchung und eine genaue Kenntnis der Pathologie voraus, er erfordert auch eine psychologische Prüfung nach der Richtung, ob wir es mit einem geistig völlig gesunden oder vielleicht einem geistig minderwertigen Individuum (Hypochondrie, Hysterie, Paranoia, Demenz) zu tun haben. Diese Fragen sind ja nicht jüngsten Datums. Simulation von Krankheitserscheinungen oder die Produktion solcher, welche mit der Vorstellung und dem Willen eng verknüpft sind, findet sich häufig in Schilderungen aus der Geschichte der Medizin.

Ich brauche nur auf manche Symptome zu verweisen, wie sie sich in Mädchenpensionaten oder unter dem Einfluß religiöser Vorstellung durch Suggestion dokumentieren. Immer aber erfordert die Entwirrung derartiger Bilder größte Vorsicht, und stets ist es erforderlich und meist mehr als einmal, auf das genaueste den Befund zu erheben. Es können sonst Irrtümer unterlaufen.

So brach in einem Pensionat für junge Mädchen in der Schweiz bei einer Anzahl dieser eine eigentümliche Erkrankung aus, die sich durch Erregungszustände mit starker Rötung des Kopfes, mancherlei psychischen Alterationen und Schwächezuständen dokumentierte. Der zuerst zugezogene Arzt rechnete die Krankheitsbilder der Hysterie zu, aber die Pensionsmutter war sehr ängstlich und veranlaßte eine Konsultation. Dem zweiten Arzt fiel bei allen Kranken die außerordentliche Erweiterung der Pupillen, sodann die Beschleunigung des Pulses und das Klopfen der Gefäße auf, und aus Nachforschungen ergab sich, daß die jungen Damen, um schöne glänzende Augen zu haben, seit längerer Zeit Atropin anfangs einträufelten, dann einnahmen.

Sie ersehen daraus, wie vorsichtig man mit der Diagnose Simulation und Hysterie sein muß. Man muß, wie das Schuster ausgeführt hat, bezüglich jedes einzelnen vorliegenden Symptoms die Simulation nachweisen. Die Simulation kommt auch neben wirklichen und objektiven Krankheitssymptomen vor.

Verweilen wir zunächst noch bei der Hysterie. Hier kommen alle möglichen Versuche in Betracht, die Aufmerksamkeit des Arztes oder der Umgebung in Anspruch zu nehmen, Mitleid zu erregen usw.

Es seien zunächst die Störungen der Haut kurz berücksichtigt. Es kommen ja bei Hysterie vielfach vasomotorische Störungen, Ödeme der Haut (Oedème bleu des hystériques) am Kopf oder den Extremitäten,

flüchtige Schwellungen, Herpes und Erythem vor; in anderen Fällen fanden sich aber Blutungen und weiterhin tiefgehende Geschwüre der Haut. Für viele dieser Fälle ließ sich der Beweis erbringen, daß die Geschwüre artifiziell verursacht waren. In dieses Gebiet gehören auch die sogenannten Stigmatisierten.

Einen interessanten Fall dieser Art hat Fürstner veröffentlicht.

In der weiteren Umgebung von Heidelberg machte eine Stigmatisierte viel von sich reden. Sie lag dauernd zu Bett, nahm anscheinend keine Nahrung als allwöchentlich das Abendmahl, zeigte die Wundmale Christi. Von Zeit zu Zeit erschien sie nächtlich bei Kranken und brachte ihnen Nahrung, von der sie nichts berührte. Auf Veranlassung eines Geistlichen wurde sie in der psychiatrischen Klinik in Heidelberg isoliert und bat nur, ihr Betpult mitbringen zu dürfen. Tagelang nahm sie hier keine Nahrung, aber nach vier oder fünf Tagen meldete die Wärterin, daß die angeblich Stigmatisierte sie habe bestechen wollen, ihr heimlich Nahrung zu bringen. Nun erfolgte eine Konfrontation und das Bekenntnis. In dem Betpult befand sich eine heimliche Schublade mit Cakes und einer großen Nadel, welche sie zur Herstellung der Wundmale durch die Hände und Füße gebohrt hatte. Durch ein kleines Bäckerfenster im elterlichen Hause hatte sie sich in dunkler Nacht durchgedrängt und auf benachbarten Rauchböden und in Hühnerhöfen den Hunger gestillt. Das Essen, welches sie den Kranken brachte, war auf ihre Anordnung von der schon wallfahrenden Menge bereitwillig an den bestellten Ort gebracht worden.

Veranlaßt zu diesem ganzen Schwindel war sie durch das Lesen frommer Geschichten von Stigmatisierten.

In einem ähnlichen Fall hat übrigens ein Warburger Arzt, wie ich von meinem Vater weiß, der angeblich Stigmatisierten die Hände und Füße mit Schweinsblasen sorgfältig verschließen und durch Siegel sichern lassen. Dabei heilten die Geschwüre. Der alte Herr applizierte dann eine saftige Ohrfeige, und das Wunder war erledigt. Heute würde ich raten mit der Ohrfeige zurückhaltend zu sein.

Einen andersartigen eigentümlichen Fall habe ich selbst eingehend untersucht.

Strümpell hatte einen Fall beschrieben, welcher im Anschluß an hysterische Anfälle eine fast völlige Anästhesie des ganzen Körpers vom Hinterhaupt bis zu den Zehen für alle Arten von Sensibilität darbot. Auch die Schleimhäute waren ergriffen, der Muskelsinn fehlte. Weiterhin war der Geschmack und Geruch aufgehoben, das linke Auge völlig amaurotisch und das rechte Ohr völlig taub. Durch Zubinden des sehenden Auges und Verschluß des hörenden Ohres schlief der Kranke mehrere Stunden ein.

Dieser Fall erregte damals viel Interesse.

Wenige Monate nachher wurde ich nach auswärts gerufen und gebeten einen interessanten Fall im Krankenhaus, das Gegenstück zu dem Fall Strümpells, anzusehen. Es handelte sich um eine etwa vierzigjährige Frau, die zu Bett liegend total gefühllos zu sein schien, von der Lage und Stellung der Glieder nichts zu wissen vorgab. Dabei war sie

anscheinend völlig an den Beinen gelähmt. Wenn man Augen und Ohren verschloß, schlief sie ein. Sie ließ sich auf den Armen durch das Zimmer tragen, zum Fenster hinaus halten und gab an, von allem dem nichts zu fühlen. Dabei waren alle Reflexe normal, die Ernährung gut.

Auffallend war an diesem Fall:

1. die starke hysterische Parese der Beine bei erhaltener Bewegungsfähigkeit der Arme und der gleichen Sensibilitätsstörung dieser,
2. Fieber, das nach der Kurve bis auf 43° C gestiegen sein sollte, ohne daß die Patientin Hitze oder eine Änderung des Pulses darbot.

Diese Befunde erklärte ich für unmöglich. Es mußte ein Schwindel vorliegen, und in der Tat ergab die nunmehr systematisch durchgeführte Beobachtung, daß die Frau einen heißen Sandsack sich verschafft hatte, den sie unter die Achselhöhle legte, in welcher das Thermometer lag. Nun wurde sie der Simulation beschuldigt und was fand sich als Ursache für die Sensibilitätsstörung?

Der Assistent des Krankenhauses hatte die Strümpellsche Krankengeschichte durch einen Volontär oder eine Pflegerin sich vorlesen lassen und an der Hand dieser die Prüfung der einzelnen Symptome vorgenommen.

Die Patientin wurde als Schwindlerin aus dem Krankenhause entfernt, soll aber später noch mancherlei, bald der Hysterie, bald der Simulation zugerechnete Erscheinungen geboten haben.

Daß bei Hysterie, ebenso wie bei Geisteskrankheit, Simulation sich hinzugesellen kann, ist ja bekannt.

Ich erinnere an Blutbeimengungen zum Auswurf, zum Stuhl, zum Urin, an den Zusatz von Milch, von Zucker zum Urin. Alle diese Täuschungen können einem sorgfältigen Untersucher kaum entgehen.

Aber ich muß doch erwähnen, daß gelegentlich wirklich Kranke den Verdacht der Simulation auf sich laden. So erinnere ich mich eines Mannes, welcher angab infolge Traumas in der linken Schulter lahm zu sein. Er konnte anscheinend den linken Arm nicht heben, es fehlte aber auch die Energie der übrigen Bewegungen im Oberarm, während die Vorderarm- und Handmuskeln leidlich innerviert wurden. Die objektive Untersuchung ergab keinen pathologischen Befund. Der Mann wurde zunächst als Simulant betrachtet und aufgefordert, die verschiedensten Bewegungen nachzumachen. Unter dem suggestiven Einfluß des Arztes und in dessen Gegenwart hat er das dann etwa vierzehn Tage getan und alle Bewegungen mit Kraft, aber angeblich

mit Schmerzen ausgeführt, da zeigte sich plötzlich eine schleichende Arthritis des Schultergelenks.

In einem anderen Fall war ein eben zum Militär eingezogener Mann von zweiundzwanzig Jahren angeblich schwach in den Beinen und unfähig länger als eine halbe Stunde langsam zu gehen. Aber auf die energische Aufforderung des Militärarztes führte er alle Bewegungen gut aus, er machte die Rekrutenausbildung kurze Zeit durch, da wurde die Lähmung angeblich schlimmer. Jetzt ergab die genaue Untersuchung Symptome einer Myelitis, und kurze Zeit später war er ganz gelähmt. In diesem Fall hatte die Suggestion des Arztes den Mann befähigt seine Krankheitserscheinungen zu überwinden.

Sie ersehen daraus, wie vorsichtig der Arzt mit seinen Aussprüchen und Anforderungen sein muß.

Bei Unfallneurasthenikern kommt es vor, daß man mehr mit der Behandlung ärztlicher Suggestion als mit der Krankheit zu tun hat.

Ein Herr, der bei einem Eisenbahnunfall eine Erschütterung und eine kleine Verletzung an der Stirn erlitten hatte, brachte mir in offenem Couvert das Zeugnis seines Arztes:

„Der Herr X. ist durch den Eisenbahnunfall erwerbsunfähig und wird es dauernd bleiben. Ich rate zu einer Kur in Wiesbaden; es wird sich dann zeigen, ob eine Besserung möglich ist."

Sie können sich denken, wie überzeugt der Herr von seiner Krankheit war.

Eine Krankheit, welche verhältnismäßig häufig simuliert wird, ist die Epilepsie. Erst kürzlich las ich, daß ein zweifellos geistig Minderwertiger Jahre hindurch in verschiedenen Krankenhäusern und Irrenanstalten mit Erfolg epileptische Anfälle imitiert hatte. Ich darf vielleicht einen Fall aus meiner Praxis anschließen:

In der ersten Zeit meiner Bonner Tätigkeit wurde ich von einem Elternpaare konsultiert, das sich bezüglich des zehnjährigen Sohnes in Verlegenheit befand. Der Mann war in erster Ehe mit einer kranken „epileptischen" Frau verheiratet und hatte aus dieser Ehe einen Knaben. Dieser war als kränklich betrachtet jahrelang außerordentlich verzogen worden. Als nach dem Tode der Mutter eine energische Erziehung versucht wurde, war der leicht gereizte Knabe diesen Versuchen sehr abhold. Schon zuvor hatte er mehrfach an eigentümlichen Anfällen gelitten, welche bei der hereditären Belastung als epileptische angesehen wurden. Er war in Krämpfe verfallen, hatte um sich geschlagen usw. In der Folge traten infolge gelegentlicher Aufregung neben den Krämpfen auch Erregungszustände auf, in denen er mit Messern und andern Gegenständen seine Umgebung bedrohte und dann hinstürzte.

Ich ließ mir zunächst über die Mutter Bericht erstatten und erhielt nach der Schilderung des Mannes Zweifel, ob es sich um Epilepsie

und nicht etwa um Hysterie gehandelt habe. Dann untersuchte ich den eingetretenen Jungen, der blühend und wohlgenährt aussah und mir wenig Auskunft gab. Nach der ganzen Schilderung der Eltern, nach dem Aussehen, war es mir sehr fraglich, ob es sich um Epilepsie, um Hysterie oder um Simulation handle. Es ergab sich, daß die Anfälle besonders dann auftraten, wenn ein strenger Tadel erfolgte. Ich veranlaßte nun die Eltern, während ich im Hause weilte, den Jungen zu tadeln, der Anfall trat prompt ein und ich war sofort zur Stelle.

Die Untersuchung des in Krämpfen auf dem Boden liegenden Knaben ergab weder ein Erblassen noch Cyanose des Gesichts, der Puls war gleichmäßig wenig beschleunigt, dem Versuch die Pupillenreaktion zu prüfen setzte der Kranke energischen Widerstand entgegen, aber er gelang, die Pupillen reagierten. Nach diesem Befund konnte es sich nicht um Epilepsie handeln. Bei der früheren Untersuchung hatte sich nun kein Symptom gefunden, was auf Hysterie hinwies, keine psychischen Anomalien, keine Störungen der Sensibilität oder der Reflexerregbarkeit, ein vorzüglicher Ernährungszustand usw.

Ich riet also der Mutter, bei der ersten Wiederkehr des Anfalls ein gutes spanisches Rohr zu nehmen und den Knaben so lang kräftig zu traktieren, bis die Anfälle sistierten. Das geschah. Als die ersten schmerzhaften Streiche fielen, schrie der Knabe auf und versuchte noch tollere Krämpfe; als aber die Schläge nicht aufhörten, sondern stärker wurden, sistierten die Krämpfe und kamen nicht wieder.

Der Stock stand noch längere Zeit bei allen drohenden Versuchen bereit, aber kein Anfall kam wieder und aus dem Jungen ist ein tüchtiger Mensch geworden.

Derartige, der privatärztlichen Tätigkeit entstammenden Beobachtungen muß man im Auge behalten, will man sich für die Simulation und Übertreibung, welche durch die Versicherungsgesetze hervorgerufen sind, ein klares Urteil erhalten. Bei den aus den Versicherungsansprüchen resultierenden Täuschungsversuchen kommt zu den seither gestreiften Beweggründen der schon erwähnte von großer Bedeutung hinzu, die menschliche Habsucht.

Gewiß gibt es viele Fälle, in welchen nach einer stattgehabten Verletzung die Frage nach der vorhandenen Arbeitskraft und der Möglichkeit des Broterwerbs für die eigene Person und vielleicht eine zahlreiche Familie mit Recht im Vordergrunde steht.

Dem Arzt fällt hier die Aufgabe zu, die objektiven Krankheitserscheinungen und die psychischen Momente in gleicher Weise zu berücksichtigen. Zunächst besteht aber die Aufgabe in sorgfältigster Untersuchung.

Mehrfach habe ich leider beobachtet, daß eine mangelhafte Unter-

suchung und Diagnose berechtigte Ansprüche auf Entschädigungen zurückweisen ließ.

So erinnere ich mich eines Falles von subakuter Nephritis, die bei einem völlig gesunden Mann im Anschluß an einen mit plötzlicher Abkühlung (Pat. hatte bei angestrengter Arbeit ein Trauma der Schulter erlitten, war aber gleichzeitig im Winter in den eisig kalten Nordostseekanal gefallen) verbundenen Unfall entstanden, von mehreren Ärzten zwei Jahre hindurch übersehen wurde.

In vielen anderen Fällen wurde aus ähnlichen Gründen schwer betroffenen Kranken eine bei weitem nicht entsprechende Erwerbsbeschränkung entschädigt.

Auch Kommissionen von Ärzten schützen häufig nicht vor solchen Irrtümern.

Als Beispiel möchte ich einen typischen Fall von Dystrophia muscularis erwähnen, der von einer Kommission von Ärzten für gesund und erwerbsfähig erklärt wurde.

Derartige ärztliche Irrtümer sind besonders deshalb unerfreulich, weil sie eine Verbitterung erzeugen, welche durch den Zusammenbruch des Hauswesens, Not und Sorge der Familie immer erneut Nahrung erhält. Die Sorge um das tägliche Brot für eine hier und da große Familie ist es häufig, welche Verletzte veranlaßt, ihre Ansprüche für die Zukunft sicherzustellen, ohne daß zurzeit neben den subjektiven Klagen objektive Krankheitserscheinungen oder eine Erwerbseinbuße vorhanden sind. Wir sind gewiß nicht berechtigt, ein derartiges Vorgehen, was ich ebenso schon bei einzelnen unfallverletzten Ärzten beobachten konnte, als tadelnswert zu bezeichnen. Es dürfte Sache der künftigen Gesetzgebung sein, derartigen Fällen Rechnung zu tragen (Ruhen der Rente). Mancherlei Gründe müssen die Ärzte zu großer Vorsicht in der Beurteilung mahnen. Außer der Klärung, welche eine angebliche Krankheit erst im Laufe der Zeit gibt, dürfen wir nicht vergessen, daß die Symptomatologie noch einer weiteren, natürlich kritischen Verfeinerung bedarf.

Die erste, aber selten in ausreichendem Maße erfüllte Aufgabe ist eine erschöpfende, nach allen Richtungen eingehende Untersuchung. Die genaue Anamnese und der eingehende Befund sind sofort niederzuschreiben. Wenn alle Untersucher in dieser sorgfältigen Weise verfahren würden, so wären der Simulation und Übertreibung weit engere Grenzen gezogen, als das jetzt durch Hinzukommen der verschiedensten Autosuggestionen und Übertreibungen der Fall ist. Manches derartige entwickelt sich ja erst im Kampf um die wirklich oder vermeintlich berechtigte Rente. Je länger ein derartiger Fall verschleppt wird und sich selbst zur Untätigkeit verurteilt, um so mehr wachsen suggestive Vorstellungen und auch Simulation, genährt seltener durch Bemerkungen von Ärzten, häufiger von der Umgebung, welche die Krank-

heitserscheinungen retrospektiv anwachsen lassen. Leidlich günstige Heilungsresultate pflegen deshalb nur solche Krankenhäuser zu haben, welche die Kranken möglichst rasch nach Unfällen erhalten. Fehlt nun eine sorgfältige Anamnese und ein eingehender objektiver Befund in den Akten des angeblich durch ein Ereignis Geschädigten, so ist die Beurteilung des Falles oft außerordentlich erschwert. Es ist geradezu betrübend, wie selten den Anforderungen an die ärztlichen Berichte und Gutachten genügt wird. Von früheren klinischen Assistenten pflegen die Gutachten in den ersten Jahren der praktischen Tätigkeit meist noch gut zu sein, aber häufig verschwindet dieser Unterschied im Laufe der Zeit. Es kann das nur darin seinen Grund haben, daß selbst vorzüglich vorgebildete Ärzte im Laufe der Zeit in der Niederschrift der erhobenen Befunde lässig werden und auf ein Gedächtnis vertrauen, welches gegenüber der Forderung eines eingehenden Krankheitsberichtes meist im Stich läßt.

Die Untersuchung derartiger Fälle beginnt mit der eingehendsten Anamnese, bei welcher man an erster Stelle es vermeiden muß, etwas in den Patienten hinein zu examinieren; die Ergebnisse sind sorgfältig niederzuschreiben; aber schon beim Eintreten des Patienten in das Zimmer, beim Niedersetzen, in der Beobachtung der Haltung, der Bewegungen, der Sprache und der Antworten hat die Erhebung des objektiven Befundes zu beginnen. Die Übertreibung und Simulation macht sich häufig schon bei der Erzählung des zu Untersuchenden bemerkbar. Wie Kirsch richtig ausführt, erfolgt die Schilderung der Arbeitsfreudigkeit und des erlittenen Schadens in wortreichster Darstellung. In der Regel versichert der Übertreiber ungefragt, wie er das Unglück bedaure, daß es ihm viel lieber wäre, er könne arbeiten, daß ihm jede Ausnutzung der Versicherung fern liege. Dann führt er alle möglichen und unmöglichen Krankheitserscheinungen auf den Unfall zurück.

Der Simulant und Übertreiber charakterisiert sich außerdem häufig dadurch, daß er allen Aufforderungen bei der Untersuchung zögernd, oft lauernd nachkommt, angebliche objektive Störungen stark übertreibt und Dinge nicht ausführen kann, die er selbst bei vorhandenem Leiden leisten könnte.

Der Zurechtweisung begegnet bald ein verlegenes Lächeln, bald die Versicherung, daß er alles gern leisten wolle, was er könne.

Gang der Untersuchung.

Nach eingehender Erhebung und Niederschrift der Anamnese lasse ich jeden Kranken sich vollkommen entkleiden. Gelegentlich habe ich aus Rücksicht auf die Schamhaftigkeit von Frauen davon abge-

sehen, aber auch die trübe Erfahrung gemacht, daß die Striae abdominales von einer außerehelichen Geburt einige Zeit übersehen wurden. Es beginnt dann die eingehende Untersuchung, die, wie erwähnt, schon beim Eintritt des Kranken in das Zimmer, beim Auskleiden begonnen hat. Wie der Kranke seine Glieder gebraucht, wie er sich die Schuhe aus- und anzieht, wie die Beinkleider, die Art, wie er sich auf den Stuhl setzt, auf das Untersuchungsbett steigt und sich hinlegt, alle diese Punkte bedürfen der Beachtung.

Dabei darf der Patient nicht das Gefühl haben, untersucht oder beobachtet zu werden. Man kann zur Ablenkung der Aufmerksamkeit von der Untersuchung sich mit dem Kranken unterhalten, man kann sich auch anscheinend mit etwas ganz anderem beschäftigen, während die Art des Sitzes oder ein Spiegel doch die genaue Beobachtung ermöglichen. Noch wichtiger ist die Beobachtung des Anziehens, weil nach der stattgehabten Untersuchung unter dem Eindruck der Erledigung die Energie einer Simulation plötzlich nachläßt und ein Patient oder Simulant manches leistet, was er vorher angeblich nicht konnte.

Bei Frauen ist es besonders für den jungen Arzt zweckmäßig, unter Assistenz oder in Gegenwart einer andern Frau oder Wärterin zu untersuchen.

Nun beginnt die systematische Untersuchung des Habitus, Wuchses, des Brustkorbs, der Wirbelsäule, der Beine, Füße, wobei alles zu notieren ist. Hauptgrundsatz bleibt es, daß die wichtigen Symptome in einer Weise geprüft werden, welche die Aufmerksamkeit des Falles in ganz andere Richtung lenkt. In der Untersuchung halte ich mich im allgemeinen an das nachfolgende Schema, das aber nicht etwa der Reihe nach, sondern in verschiedener Reihenfolge ausgefüllt wird.

Name: **Alter:** **Untersuchungstag:**

Wohnung: verheiratet: Soldat:
Vorgeschichte:
Großeltern, Eltern: Geschwister: Kinder:

Befinden des Kranken bis zum Eintritt der jetzigen Störung? Frühere Unfälle? Intoxikationen? Lues? Jetzige Erkrankung, genaue Schilderung der Ursache und des Beginns, Blutungen (Ohr, Nase)? Verhalten direkt nachher? später? Behandlung? Erfolg derselben? Jetzige Klagen?

Untersuchung:
Körperbau: Muskulatur:
Ernährungszustand: Schwielen:
Gesichtsfarbe: Haare:
Gewicht (nackt) am: , am: , am:
Urin:
Blut:

R. L.

Oberarmmitte:
Vorderarmdicke:
Unterschenkel (dickste Stelle):
10 cm oberhalb der Kniescheibe:
20 cm „ „ „ :
Dynamometer: Händedruck:
Brustkorb: Bau: Bewegung:
Atemzüge: in Ruhe: nach Bewegungen:
Lungen:

Husten:
Auswurf:
Herz: Dämpfung:

Töne:

Gefäße:
Blutdruck:
Puls: in Ruhe: nach 10maligem Stuhlsteigen:
bei Reiben der schmerzhaften Stelle:
Zunge:
Appetit:
Magenfunktion:
Leber:

Milz:
Stuhl:
Bruchpforten:
bei Frauen Unterleibsorgane:
Ohruntersuchung:

Psychisches Verhalten:

Gedächtnis:

Sprache:

Druck- und Klopfempfindlichkeit des Schädels:

Orbitalnerven:
Pupillen: Weite: Reaktion:

Augenbewegungen:
Augenhintergrund:
Gesichtsfeld:
Sehschärfe:
Gehör:
Geruch:

Geschmack:
Facialis:
Trigeminus:
Gaumen:
Gelenke: aktive Beweglichkeit:

passive Beweglichkeit:

Gang:

Stehen mit geschlossenen Augen und mit gleichzeitig zusammengestellten Füßen:

Stehen auf einem Fuß:

Verhalten beim Bücken, Stuhlsteigen und Anziehen der Schuhe:

Zittern:

	R.	L.
Bindehautreflex:		
Gaumenreflex:		
Plantarreflex:		
Cremasterreflex:		
Abdominalreflex:		
Bicepsreflex:		
Tricepsreflex:		
Patellarreflex:		
Achillessehnenreflex:		
Babinski:		

Fußklonus: Patellarklonus:
Spasmen:

Sensibilität:

Temperaturempfindung:

	R.	L.
Elektrokutane Sensibilität:		
Fußsohle:		
Unterschenkel:		
Oberschenkel:		
Handrücken:		
Vorderarm:		
Oberarm:		
Brust:		
Stirn:		

Schmerzhafte Zonen:

Elektrische Erregbarkeit:

Untersuchung mit Röntgenstrahlen:

Besondere Bemerkungen:

Die Untersuchung auf Grund dieses Schemas führe ich aber nicht nur einmal, sondern mit Unterbrechung mehrmals durch, da ein sicheres Urteil häufig nur auf der Konstanz der Erscheinungen sich aufbaut.

Die Schwierigkeiten, welche die Untersuchung und Beurteilung erfährt, können wir in drei große Gruppen einteilen:

1. Die Simulation und Übertreibung von Krankheitserscheinungen.
2. Die Dissimulation von Krankheitserscheinungen.
3. Der Versuch, vorhandene Krankheitserscheinungen auf ein entschädigungspflichtiges Ereignis zurückzuführen.

Die völlige **Simulation** von Krankheitserscheinungen ist nach meiner Erfahrung weit seltener als die Übertreibung vorhandener. Erstere mit Sicherheit zu diagnostizieren, stößt auf ganz außerordentliche Schwierigkeiten, da man für jedes einzelne der geklagten Symptome oder der vorliegenden Abweichungen die Täuschung nachweisen oder höchstwahrscheinlich machen muß. Immerhin glaube ich, einige ganz prägnante Fälle dieser Art gesehen zu haben.

So erinnere ich mich eines Herrn, der im Speisewagen eines Eisenbahnzuges einen Unfall erlitten zu haben angab, von dem niemand etwas wußte. Der, wie sich später ergab, schon früher nervöse Mann, der sich Klavierspielen im Hause und ähnliche Störungen aus Rücksicht auf seine Gesundheit verbeten hatte, produzierte nicht direkt, sondern erst einige Tage nach dem Unfall hochgradige Beschwerden, bestehend in rasenden Kopfschmerzen, stärkstem Taumeln beim Schließen der Augen, häufigem Erbrechen, völliger Unfähigkeit etwas zu leisten, absoluter Schlaflosigkeit.

Die Schlaflosigkeit erwies sich als simuliert, das Gewicht und der Ernährungszustand waren unverändert, das Taumeln bei geschlossenen Augen konnte auf Täuschung zurückgeführt werden, das Bestehen von Kopfschmerzen und von hochgradiger Herabsetzung der geistigen Leistungsfähigkeit konnte nach dem ganzen Verhalten nicht angenommen werden. Nur das zeitweise, stets in Abwesenheit der Ärzte eintretende Erbrechen konnte nicht direkt als simuliert nachgewiesen werden. Nach Erledigung der Entschädigungsforderung ist es aber dauernd verschwunden.

Weiterhin erinnere ich mich mehrerer Fälle, die durch Fall auf der Treppe sich kleine Kontusionen des Kopfes zugezogen hatten. Der eine hatte sich wenige Wochen zuvor gegen Unfälle versichert, nachdem ein Schwager eine beträchtliche Entschädigung infolge eines Unfalls erhalten hatte, der ihn nicht hinderte, einige Monate nachher seine geschäftliche Tätigkeit beträchtlich auszudehnen. Der erstere stürzte angeblich abends die Treppe hinab, die Frau erhob ein großes Geschrei, der hinzugerufene Arzt konnte weder eine Verletzung der Haut, noch der Weichteile, oder eine Kontusion, Beule oder ähnliches am Kopfe konstatieren. Aber der angeblich Betroffene klagte über rasende Kopfschmerzen, Unfähigkeit zur Arbeit, Schwindel, Schlaflosigkeit und Übelkeit. Er wurde in der Folge mir zur Untersuchung zugesandt. Ich konnte bei genauester Untersuchung keinen objektiven Befund erheben. Da der angebliche Patient weder in seinem Aussehen noch in seinem Gewicht, noch in seinen geistigen Funktionen die mindeste Änderung nachweisen ließ, erklärte ich ihn für gesund. Ich glaube aber, daß er doch aus der Gesellschaft eine Entschädigungssumme herausgeschlagen hat. Ein anderer, ähnlicher Fall hat jahrelang

infolge Gutachtens eines Schiedsgerichtsobmanns eine beträchtliche Rente erhalten und dabei seine weitgehenden Geschäfte geleitet.

Auf der anderen Seite verfolge ich seit Jahren einige Fälle, welche trotz der durch Kapitalabfindung erledigten Unfallentschädigung von ihren Beschwerden nicht befreit sind.

Auch für einzelne Fälle der Unfallversicherung kann ich Nonnes und Oppenheims Erfahrungen bestätigen, daß trotz zunächst fehlender Symptome einer schweren organischen Erkrankung ein schweres Krankheitsbild viele Jahre bestehen, vereinzelt auch eine eigentümliche Form von Dementia paralytica auftreten kann. Einen derartigen Fall, den ich mehrfach untersucht und lange Zeit beobachtet habe, hat Reinhold beschrieben. Ein 40jähriger Fuhrmann, bei dem sich Lues in der Vorgeschichte nicht nachweisen ließ, erlitt am 31. Januar 1903 eine schwere Kontusion des Rückens, die zu einem Bluterguß in der Gegend des Kreuzbeines, Schmerzen im Rücken und den Beinen, Urindrang und Schlaflosigkeit führte. Im Mai—Juni 1905 fanden sich träge Pupillenreaktion, Differenz der Pupillen, konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes, Steigerung der Patellarreflexe, etwas steifer Gang, Tremor der Zunge und leicht bebende Stimme, jedoch keine Anaesthesien, keine Ataxie, kein Romberg, keine Affektion des N. opticus.

In der Folge trat Gedächtnisschwäche, Verwirrung, ein leichter anscheinend apoplektischer Insult, vereinzelt ein epileptischer Anfall, Pupillenstarre, Parese der Augenmuskeln, Incontinentia urinae et alvi auf, und Patient starb plötzlich.

Die Obduktion ergab eine teilweise Endarteriitis obliterans im Gehirn und Rückenmark, Verdickung der Gehirn- und Rückenmarkshäute und Schwund der Rindenfasern.

In diesem Falle ließ sich bei sorgfältigster Untersuchung Lues nicht nachweisen. Häufiger sah ich, daß bei sicher vorangegangener Lues im Anschluß an ein Trauma sich außerordentlich rasch Dementia paralytica entwickelte.

Kontusionen des **Kopfes** verschiedener Stärke stellen ja ein großes Kontingent zu den zu beurteilenden Fällen. Häufig wird bei diesen auf Narben des Kopfes und Verdickungen des Schädels als Beweis der schweren Verletzung hingewiesen. Auch in ärztlichen Attesten fand ich die protuberantia occipitalis externa und die crista externa gelegentlich als Beweis eines Schädelbruches angegeben. Auf Impressionen, die nicht durch Trauma hervorgerufen, hat auch Bäumler aufmerksam gemacht. Daß Verletzungen des Schädeldachs besonders in jugendlichem Alter gut und ohne traumatische Hysterie auszuheilen pflegen, zeigen die studentischen Mensuren. Aber es kommt doch auch im Anschluß an diese, allerdings selten, vor, daß eine gewisse Reizbarkeit zurückbleibt, welche das weitere Fechten auf Mensur verbietet. Zu den charakteristischen Allgemeinsymptomen von Basisfraktur und Gehirnerschütterung, welche an Kopftraumen sich anschließen, gehören Kopfschmerzen verschiedener Art, Schwindel, Benommenheit und Gedächtnisschwäche. Als Folgen dieser werden Unmöglichkeit sich zu bücken, Unfähigkeit zu dauernder Arbeit, Intoleranz gegen Alkohol und Schwindel beim Gehen, Steigen auf Leitern usw. angegeben. Ich habe übrigens mehrere Fälle beobachtet, welche trotz charakterisierter Fraktur der Schädelbasis

mit stundenlanger Bewußtlosigkeit, Blutungen aus Ohr oder Nase und bei der Ohruntersuchung sichtbarem Sprung im Felsenbein nach längerer Zeit wieder den früheren Lohn verdienten und unter Verzicht auf Rente sich nur ihre Rechte für den Fall eintretender Verschlimmerung vorbehielten. Andere Fälle mit teilweiser, minimaler Verletzung des Kopfes schildern nachträglich ein Symptomenbild, wie es infolge von Basisfraktur oder schwerer Kommotion des Gehirns vorkommt. Hier tritt die Aufgabe an den Arzt heran, die subjektiven Angaben und die demonstrierten Krankheitserscheinungen kritisch zu prüfen. Zu den Symptomen, welche zeitweise gleichsam wie eine Modeerscheinung von der Mehrzahl demonstriert wurden, gehört das Rombergsche Symptom.

Ich erinnere mich eines Falles, der dasselbe so intensiv darbot, daß er beim Augenschluß sofort hinstürzte. Ich habe diesen Fall auf Grund eingehendster Untersuchung für einen Simulanten erklärt; trotzdem wurde ihm von einem von mir geschätzten Kollegen eine Erwerbsbeschränkung von 50—60% zuerkannt, weil er sich beim Hinstürzen eine blutende Verletzung zugezogen hatte, und „weil man nicht annehmen könne, daß ein Mann grundlos sich so schwer hinfallen ließ, daß er eine Verletzung davontrug."

Ich habe dieser Beweisführung gegenüber meine Bedenken nicht verhehlt, weil ich dieser, auch von Windscheid geteilten Auffassung nicht beipflichten kann. Wissen wir doch, daß junge Leute, die dem Militärdienste entgehen wollen, sich Verletzungen der Hände beibringen und schmerzhafte Selbstverstümmelungen nicht scheuen, um ihren Zweck zu erreichen!

Dieser Fall kam zwei Jahre später erneut zur Untersuchung, nachdem der Patient wegen eines auf den Unfall zurückgeführten Lungenleidens Verschlimmerung angemeldet hatte. Dieses Leiden war schon bei der ersten Untersuchung vorhanden und wurde als unabhängig vom Unfall erklärt. Bei dieser erneuten Untersuchung war das Symptomenbild insofern ein anderes, als der Patient weder beim Stehen mit geschlossenen Füßen und Augen, noch beim Bücken hinstürzte oder taumelte, vielmehr Klagen über Bluthusten und Brustbeschwerden im Vordergrund standen.

Ähnliche Beobachtungen habe ich mehrfach gemacht. Als daher Steiner vor einigen Monaten momentanes Hinstürzen bei geschlossenen Augen als neues Symptom nach Schädelverletzung demonstrierte, konnte ich meiner Überzeugung nur dahin Ausdruck geben, daß das Symptom simuliert sei. Die Fälle von Simulation sind in der Regel durch plumpes Hervorbringen des Symptoms charakterisiert. Diese Simulation hat vermutlich ihren Grund darin, daß von Ärzten, welche die eingehenderen neurologischen Untersuchungsmethoden nicht beherrschen, das aus der Studienzeit sehr bekannte Rombergsche Symptom sofort und als wichtig geprüft wird.

Die Simulation dieses Symptoms zu zeigen, gelingt je nach der

Intelligenz des Kranken bald leicht, bald schwer. Man kann bei der Prüfung der Sensibilität vorsichtig neben derjenigen des Gesichts auch diejenige der geschlossenen Augenlider prüfen, man kann die Prüfung mit der Untersuchung der Augen im Dunkelzimmer verbinden, man kann im dunklen Röntgenzimmer das Herz und das Stehen im dunklen prüfen. Dann gelingt es häufig auf das deutlichste die Simulation nachzuweisen. Am besten prüft man das Rombergsche Symptom unter völliger Ablenkung der Aufmerksamkeit von diesem, wie das auch Schuster durch gleichzeitige Untersuchung der Pupillenreaktion, oder Freund und Sachs durch Prüfung rascher Bewegungen bald bei offenen, bald bei geschlossenen Augen empfohlen haben. Daß Fälle vorkommen, bei welchen eine Verletzung des Labyrinths mit Störung des Hörvermögens und Schwindelerscheinungen à la Menière vorhanden sind, und andere, bei welchen die Angaben über Schwindel nach Anstrengung wahrscheinlich sind, ist natürlich im Auge zu behalten. Aber diese Erkrankungen sind teilweise durch gleichzeitige Ohrgeräusche und durch anfallweises Auftreten charakterisiert.

Andere Fälle behaupten, sich nicht bücken, nicht auf einem Beine stehen zu können, ohne starken Schwindel und Kopfschmerz zu bekommen. Bei einzelnen von diesen sieht man, daß sie, in dem Glauben, unbeobachtet zu sein, beim Ausziehen unbehindert sich bücken und die Schuhe ausziehen, daß sie ihre Strümpfe vom Fußboden aufheben, daß sie auf einem Beine stehend ihre Beinkleider leicht und ohne Schwierigkeit anziehen, ohne Unsicherheit zu zeigen. Oftmals haben Simulanten das Verhalten hierbei schon vorher erwogen. Nun reiht sich eine Untersuchung an die andere, bei welcher das geklagte Symptom keine Prüfung erfährt, dann läßt man zehnmal auf einen Stuhl steigen, zehnmal tiefe Beugebewegungen des Oberkörpers machen, indem man gleichzeitig die Herztätigkeit kontrolliert. In den meisten Fällen kommt man mit einer einmaligen Untersuchung nicht zum Ziel. Aber indem man die eingehende Untersuchung mehrfach wiederholt und über jede ein genaues Protokoll aufnimmt, entzieht sich die Simulation des Ungebildeten selten der Diagnose.

Von Symptomen, welche ich bei wirklicher Erkrankung häufig beobachtet habe, ist die starke, oft cyanotische Rötung des Kopfes beim Bücken, sowie die Veränderung der Herztätigkeit hierbei und beim Stuhlsteigen zu erwähnen. Tritt bei zehnmaligem Stuhlsteigen eine starke Beschleunigung des Pulses (etwa auf 32—40 Schläge in $^1/_4$ Minute) ein und kehrt diese nicht in 1—$1^1/_2$ Minuten zur Norm zurück, so gewinnen die Beschwerden an Glaubwürdigkeit. Eintretende Unregelmäßigkeit des Pulses ist wohl in demselben Sinne zu deuten.

Die gleichen Untersuchungsmethoden kommen auch für den viel

geklagten Schwindel in Betracht, unter welchem Kranke teilweise eine gewisse Unsicherheit beim Stehen und Gehen, teilweise eigentümliche Anfälle von Schwäche mit Angst verstehen. Die letzteren werden häufiger bei Neurasthenie geklagt. Gehen dieselben mit vasomotorischen und nervösen Nebenerscheinungen einher, worunter auch Schweißausbruch zu nennen ist, so sind die Angaben im allgemeinen als glaubhaft zu bezeichnen. Ebenso nehmen wir an, daß schwere Verletzungen des Schädels noch längere Zeit von Schwindel und Kopfschmerz gefolgt sein können. Auch wenn in solchen Fällen objektive Beweise nicht vorliegen, empfiehlt es sich, in der Beurteilung vorsichtig zu sein.

Der Schwindel, der beim Stehen und Gehen, auch wohl bei raschem Vorüberfahren von Fuhrwerk, Eisenbahnzügen geklagt wird, läßt sich teils durch die oben erwähnten Untersuchungsmethoden, teils bei Prüfung der Augenbewegungen und raschen Bewegungen des Kopfes kontrollieren. Wenn ein Patient sehr rasch bald nach der Decke, bald nach dem Fußboden oder nach der Seite blicken kann, ohne unsicher zu werden, wenn er die oben angegebenen gymnastischen Bewegungen leicht und ohne weitere Symptome ausführt, sehr lange auf dem Rücken liegt, sich dann sehr flott aus der Rückenlage aufrichten und aufstellen kann, so kann intensives Schwindelgefühl nicht vorhanden sein. Das gleiche gilt wohl beim Ausbleiben von grobem Nystagmus bei seitlicher Einstellung des Auges.

Zu den Symptomen, deren Prüfung mancherlei Schwierigkeiten macht, gehören die erwähnten Kopfschmerzen. Manches Mal läßt die Vorgeschichte diese als glaubhaft erscheinen; wenn ein Patient nicht allzulange vorher eine schwere Gehirnerschütterung erlitten hat, wenn eine Arteriosklerose oder eine chronische Nephritis, wenn Bleiintoxikation oder eine andere toxische Ätiologie vorliegt, wird man zunächst nicht an Unglaubwürdigkeit denken. Allerdings sind die Kopfschmerzen nicht unter allen Umständen dem Unfall zur Last zu legen. Man wird auch durch Untersuchung der Augen und der übrigen Gehirnnerven sorgfältig das Fehlen jeder andern Erkrankung klarstellen. In anderen Fällen finden sich Impressionen des Schädels. Oft fehlen aber alle Anhaltspunkte. Bald wird allgemeiner Kopfschmerz angegeben, bald sind es einzelne schmerzhafte Stellen. In letzterem Fall kann man die Prüfung der Schmerzhaftigkeit bei darauf verwandter Aufmerksamkeit und bei Ablenkung dieser mit dem Finger, mit dem Perkussionshammer vornehmen, man kann auch eine Prüfung der elektrokutanen Empfindung unter verschiedenen Kautelen anschließen. Bei den verschiedenen Variationen der Untersuchung kommt man meist zum Ziel. Insbesondere beobachtet man bei Simulanten häufig, daß infolge von Ablenkung die Abwehrbewegung nach Beklopfen einer angeb-

lich schmerzhaften Stelle erst einige Sekunden verspätet auftritt.

Weiterhin kann man den Einfluß von Reiben der angeblich empfindlichen Stelle auf die Herztätigkeit unter den von mir angegebenen und später noch zu besprechenden Kautelen prüfen. Das Fehlen der Beeinflussung beweist aber keineswegs, daß Schmerzen nicht vorhanden sind. Fehlen einzelne neuralgische Stellen, wird nur allgemeiner Kopfschmerz angegeben, so ist eine Beurteilung häufig nur durch längere Beobachtung möglich. Auch diese kann im Stiche lassen. Ich erinnere mich eines Falles, bei dem trotz fehlender weiterer Symptome ein hervorragender Chirurg die Trepanation des Schädels an der Stelle machte, in deren Tiefe der Schmerz angegeben wurde. Die Operation blieb nach Angabe des Patienten völlig erfolglos.

Bei anderen Fällen, die über die rasendsten Kopfschmerzen klagten, während die eingehendste Untersuchung, einschließlich der Augen und Ohren, keinen krankhaften Befund ergab, habe ich einen operativen Eingriff vorgeschlagen, um zu sehen, ob wirklich die Schmerzen so stark waren, wie sie bei Hirntumoren geklagt und häufig durch eine Trepanation gemildert werden. Bei solchen starken Schmerzen pflegen die wirklich Kranken eine Operation als Rettung zu begrüßen.

Es gibt aber Fälle, in welchen wir bei der Beurteilung der Kopfschmerzen auf Schlußfolgerungen aus dem allgemeinen Verhalten in früherer und jetziger Zeit angewiesen sind. Daß aber Fälle vorkommen, welche auf Grund angeblicher Kopfschmerzen ungerechtfertigt Rente beziehen, zeigen manche Beobachtungen. Die Mitteilungen der Knappschaftsberufsgenossenschaft berichten von einem Konditor, der wegen Sturz auf den Kopf 60% Rente bezog und dann Winkelkonsulent wurde und auf Grund von Annoncen Berufungen für Unfallverletzte (jeweils für zwei Mark) anfertigte. In anderen Fällen von Neuralgie muß man auch an traumatische Potatorenneuralgie denken (Hoffmann, sowie Dumestrey, Zeitschrift für Unfallheilkunde, 1896, S. 234).

Einen gewissen Maßstab zur Beurteilung ergibt sowohl für Kopfschmerzen als auch für die häufig geklagte Schlaflosigkeit das Allgemeinbefinden. Wenn ein nach seinen Angaben schwer Kranker wochenlang nicht schläft und dabei im Krankenhause an Gewicht zunimmt, wohl aussieht, vergnügt Karten spielt, so entsprechen beide Angaben nicht völlig den Tatsachen. Vielfach lasse ich auf einer Kontrolluhr die Kranken die Zeit ihres Wachens in der Nacht verzeichnen. Daß ein Gesunder acht Nächte hintereinander denselben Befund an der Kontrolluhr angibt, d. h. nach einem Schlaf von $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde nach dem Zubettegehen viele Stunden wach liegt, um erst gegen Morgen etwas einzuschlafen, ist gewiß nicht anzunehmen.

Derartig schwere Fälle stellen schon den Übergang zu Psychosen dar. In den meisten Fällen ist die Erhebung des Augen- und Ohrenbefundes von doppelter Bedeutung. Die Möglichkeit, bei diesen Untersuchungen die Versuche der Simulation leicht zu demonstrieren, geben denselben einen besonderen Wert zur allgemeinen Beurteilung.

Unter den inneren Erkrankungen der **Brust** sind zunächst die Folgen von Rippenbrüchen und Kontusionen zu nennen. Neuralgien mit angeblicher Beschränkung der Atmung lassen sich durch Messung und auf dem Röntgenschirm leicht kontrollieren. Sieht man, daß die Atemexkursionen beiderseits völlig gleich und gut sind, was natürlich auch ohne Röntgendurchleuchtung geht, sieht man das Zwerchfell auf beiden Seiten gleichmäßig und unbehindert auf- und absteigen, links meist etwas tiefer tretend, so kann von einer Beschränkung der Atmung gewiß keine Rede sein. Sodann sieht man, ob Dämpfungen an den Rippen oder in einzelnen ausgedehnteren Partien sich bemerkbar machen. Die Zahl der Fälle, bei welchen eine schwere Kontusion der Brust zu dem Aufflammen eines vorher versteckten tuberkulösen Prozesses führt, sind keineswegs selten. Für die Entscheidung über die tuberkulöse Natur des Herdes kommt dann die diagnostische Tuberkulininjektion und die Untersuchung des Sputums in Betracht.

Daß man bei Angaben über Bluthusten sich stets von dem objektiven Befunde überzeugen muß, ist wohl selbstverständlich. Es ist gelegentlich schon vorgekommen, daß ein Simulant das Kopfkissen mit blutroter Farbe verunreinigte. Für alle zweifelhaften Fälle ist daher die mikroskopische und chemische Untersuchung erforderlich. Es handelt sich dabei um drei Fragen: 1. ob dem Auswurf Blut beigemengt ist, 2. ob dieses Blut menschliches Blut ist, 3. ob das Blut wirklich aus erkrankten Teilen des zu Untersuchenden stammt. Der mikroskopische und chemische Nachweis des Blutes (Teichmannsche Häminprobe), sowie die spektroskopische Untersuchung bedürfen an dieser Stelle wohl keiner eingehenden Erörterung. In einzelnen Fällen wird auch Uhlenhuths biologisches Verfahren heranzuziehen sein. Ob das Blut aus den Luftwegen oder dem Verdauungsapparat stammt, ist weiterhin durch Beobachtung im Krankenhaus und systematische Untersuchung festzustellen. Daß angeblich Kranke sich Verletzungen am Zahnfleisch beibringen und durch Saugen mit der Zunge bluthaltigen Speichel entleeren, ist nichts ungewöhnliches. Mischt sich dieser einer größeren Menge von Flüssigkeit bei, so entsteht wohl eine rötliche Farbe. Diese Blutbeimengungen charakterisieren sich gegenüber echten Blutungen durch ihre geringe Menge. Immerhin ist in zweifelhaften Fällen sorgfältige mikroskopische Untersuchung angezeigt. Gelegentlich hat diese auch bei geringen Blutungen aus der Beimischung von Zylinder-

zellen und Gerinnseln aus den Bronchien und Herzfehlerzellen eine vorhandene Störung bewiesen.

Bei Schmerzen der Brust und des Rückens hat die differentielle Diagnose, außer den Rippenbrüchen und Erkrankungen der Lungen, Neuralgie der Interkostalnerven und Pleuritis, Herzaffektionen und die selteneren, durch schwere Anämien bedingten Knochenschmerzen ins Auge zu fassen. Bei verheilten Rippenbrüchen tritt häufig ein Schmerz auf, wenn durch Druck auf Sternum und Wirbelsäule die betreffende Rippe von ihren beiden Endpunkten aus gebogen wird.

Fehlen organische Erkrankungen, so wird man darauf zu achten haben, an welchen Punkten die spontanen Schmerzen angegeben werden, und ob an diesen auch Druckempfindlichkeit vorhanden ist. Aber man muß die Druckempfindlichkeit unter Ablenkung der Aufmerksamkeit prüfen, indem man sich unterhält, anscheinend andere Untersuchungen vornimmt (Herzuntersuchung), oder gleichzeitige Bewegungen ausführen läßt. Man kann auch nach dem Vorgang von Müller, von den Tastkreisen ausgehend, zwei Berührungen einwirken lassen, welche als eine einzige empfunden werden. Indem man bei geschlossenen Augen des Patienten abwechselnd die druckempfindliche und die freie Stelle drückt, prüft man, ob die Schmerzangaben gleichmäßige sind. Noch zweckmäßiger erscheint es mir, die schmerzhafte Stelle durch Höllenstein zu markieren (Kaufmann) und an verschiedenen Tagen zu prüfen. Man darf aber nicht vergessen, daß die Schmerzen bei Hysterie und Neurasthenie ihren Sitz wechseln.

Weiterhin kann man, wie oben schon erwähnt, auch den Einfluß von Druckschmerz auf die Herztätigkeit prüfen. Daß hierzu gewisse Vorsichtsmaßregeln notwendig sind, hat Mannkopff schon 1885 betont. Ich habe dann die Kautelen der Untersuchung eingehend geprüft und geschildert.

1. Der Versuch wird am besten im Krankenhaus, im Bett oder auf einem Ruhebett, auf welchem der Patient schon längere Zeit liegt, vorgenommen. Der Kranke soll von der Bedeutung des Versuchs keine Ahnung haben, auch schon häufiger untersucht sein, damit eine durch die Untersuchung bedingte Erregung möglichst ausgeschlossen ist.
2. Die Herztätigkeit muß eine gleichmäßig ruhige sein. Am besten ist es, wenn der Puls, wie in den von Mannkopff und mir eingehend geschilderten Fällen 80—90 Schläge in der Minute beträgt; erhebt sich derselbe beträchtlich über 100, so ist das Ergebnis schwieriger und häufig gar nicht zu beurteilen.

3. Die Herztätigkeit darf durch die Untersuchung an und für sich nicht wesentlich beschleunigt werden. Der Einfluß der Untersuchung auf die Herztätigkeit muß dem Untersucher schon von vorhergegangenen Erhebungen des Befundes bekannt sein. Er muß wissen, daß erregende Gespräche über die Vorgeschichte und die Entstehung der Krankheit häufig den Puls ansteigen lassen.
4. Der Patient muß während der Untersuchung ruhig und gleichmäßig mit weit geöffnetem Munde atmen, ohne exspiratorische Pressung, welche den Versuch wertlos macht.
5. Außer der angeblich schmerzhaften Stelle müssen auch Kontrollstellen (am besten entsprechende Punkte der anderen Körperseite) in bezug auf Beeinflussung der Herztätigkeit geprüft werden.
6. Der Befund einer Beeinflussung der Herztätigkeit oder des Pulses usw. von einem Punkt oder einer umschriebenen Stelle aus erlaubt einzig den Schluß einer größeren Empfindlichkeit dieser Stelle und einer leichten Erregbarkeit des Herzens. Ein Schluß auf die traumatische Entstehung dieser Empfindlichkeit kann nur auf Grund anderweitiger Untersuchungsergebnisse gezogen werden.
7. Es ist mehr als erwünscht, sich mit einem einmaligen Untersuchungsergebnis nicht zu begnügen, damit etwaige unübersehbare Zufälligkeiten ausgeschaltet werden.

Außer der schon früher konstatierten Beschleunigung des Pulses mit oder ohne vorhergehende Verlangsamung konnte ich gelegentlich Abnahme der Pulsgröße, Irregularität des Pulses und Veränderung des Blutdrucks konstatieren. Auch Blässe und Zyanose des Gesichts, sowie starken Schweißausbruch fand ich gelegentlich. In die Kategorie ähnlicher Reflexe gehört auch die Erweiterung der Pupille infolge schmerzhaften Reizes. Man kann natürlich an Stelle aller mechanischen Reize auch elektrische mit oder ohne eingeschaltete Täuschungsversuche setzen. Doch muß man die Technik der Elektrodiagnostik völlig beherrschen.

Über Beschwerden von seiten der Herzgegend wird nach Kontusionen der Brust häufig geklagt. Man darf bei der Untersuchung sich nicht mit der Perkussion und Auskultation, sowie der Orthodiagraphie zufrieden geben. Oft läßt erst die Funktionsprüfung ein klares Bild gewinnen. Wenn nach zehnmaligem Stuhlsteigen der Puls sich auf 30 bis 33 Schläge in einer Viertelminute hebt und zwei Minuten braucht, bevor er auf 20 Schläge zurückkehrt, so werden wir

nicht berechtigt sein, die Klagen des Betreffenden zurückzuweisen. Ich habe aber auch Fälle beobachtet, in welchen Klagen über Schmerzen in der Herzgegend und Kurzluftigkeit bei Anstrengungen in dem objektiven Befund zunächst keine Stütze fanden, in welchen aber in der Folge deutliche Geräusche an den Klappen und typische Herzfehler sich entwickelten. Daß auch bei Herzen, die vorher gesund schienen, nach Überanstrengung akute Dilatationen vorkommen, ist nach meinen Erfahrungen nicht zu bezweifeln. Seitdem ich auf dem Kongreß für innere Medizin in Wiesbaden 1902 mich in diesem Sinne ausgesprochen habe, sind auch von anderer Seite ähnliche Beobachtungen mitgeteilt worden.

Die Vorspiegelung von Herzleiden spielt besonders bei der Militärbehörde und bei Aushebungen eine große Rolle. Kaffee, Alkohol und vielleicht noch andere Mittel werden zur Hervorrufung einer krankhaften Herztätigkeit benutzt.

Bei einem Manne, der die starke Beschleunigung des Pulses auf einen Eisenbahnunfall zurückführte, konstatierte ich, daß er vor der Untersuchung mehrere Tassen starken Kaffee getrunken hatte.

Auch Digitalis mag gelegentlich zur Täuschung genommen werden. In solchen Fällen ist die Funktionsprüfung ein Mittel zur ersten Orientierung. Häufig führt aber erst die längere Beobachtung im Krankenhaus zum Ziel.

Unter den Erkrankungen des **Unterleibs** spielen einmal Schmerzen, Unbehagen, Appetitlosigkeit eine Rolle, die gelegentlich mit Bauchbrüchen zusammenhängen und teils angeboren, teils durch Traumen hervorgerufen sind. Aber auch Magen- und Darmblutungen werden auf Unfälle zurückgeführt. Ob diese, deren Nachweis teils aus dem Erbrochenen, teils aus den Faeces erbracht werden muß, nicht älterer Natur sind, wird auf Grund der genauen, häufig dissimulierten Vorgeschichte, manches Mal auch aus Wahrscheinlichkeitsgründen zu entscheiden sein. Gelegentlich werden von hypochondrischen Kranken auch geringe Blutungen aus Hämorrhoiden als große Darmblutungen geschildert. Sorgfältige Untersuchung und Beobachtung läßt manches Symptom angeblicher schwerer Krankheit schwinden.

Das gleiche gilt für chronische Darmkatarrhe.

Ich beobachtete mehrfach einen Kranken, bei welchem Darmkatarrhe mit zeitweise blutigen Stühlen auf ein Trauma des Bauches zurückgeführt wurden. Aber die Akten ergaben, daß der Mann schon vor dem Unfall an einer Darmaffektion gelitten hatte. Als der Mann zur erneuten Untersuchung gesandt wurde, litt er wiederum an einer dysenterieähnlichen Darmerkrankung ohne Befund von Bazillen. Diese sistierte, als ihm, der Nichtraucher war, der vorgefundene Tabak abgenommen wurde.

Zum Nachweis von Blut und Blutderivaten in den Faeces kommt außer den oben beim Auswurf schon erwähnten Methoden, auch die

Schönbein-Almènsche Terpentin-Guajacprobe in Betracht. Das Ätherextrakt des mit Essig behandelten Stuhls (oder auch Mageninhalts) zeigt bei Zusatz von 10 Tropfen Guajactinktur und 20 bis 30 Tropfen Terpentinöl eine blauviolette Farbe. Nach O. Schumm soll das Terpentinöl ein spezifisches Gewicht von 0,95 haben. Bei ozonisiertem Terpentinöl soll Boas Paraphenylendiaminreaktion und Adlers Benzidinprobe keinen Vorteil haben. Gelegentlich habe ich auch Stuhl mit destilliertem Wasser einige Stunden in der Kälte digeriert, die sorgfältig abfiltrierte Lösung mit gleichen Teilen Urin unter Zusatz von Natronhydrat gekocht und in dem Niederschlag den Blutfarbstoff nachgewiesen. Man muß aber vor der Annahme einer pathologischen Ursache daran denken, daß bei alimentärer Zufuhr von Blut und Fleisch die Proben nicht völlig beweisend sind.

Ebenso schwierig kann die Beurteilung von Nierenblutungen und Nephritis sein. Gelegentlich fand ich auch, daß eine Patientin dem Urin Milch zusetzte, deren Nachweis ja nicht schwer ist. Der Befund von Blut im Urin erfordert die gleichen Erwägungen wie beim Sputum und Stuhl. Schwierige Fälle werden sich nur durch längere Beobachtung im Krankenhaus, durch Anwendung des Katheters, Entnahme des Urins aus dem einzelnen Ureter und mikroskopische Untersuchung klären lassen. Wegner sowie von Leersum beobachteten auch den Zusatz von Hühnereiweiß zum Urin. Von Leersum empfiehlt die Methode von Stokvis zur Prüfung. Wenn man bei Kaninchen, Hunden oder Fröschen unverdünntes Hühnereiweiß subkutan injiciert, so tritt nach einigen Stunden eine beträchtliche Menge von Eiweiß im Urin auf, das durch Salpetersäure gefällt wird, aber im Überschuß von Salpetersäure sich nicht löst. Bei Einspritzung von Serumeiweiß soll die Eiweißausscheidung nicht auftreten. Hier sei auch der Simulation von Zuckerausscheidung gedacht. Der Zucker wurde gelegentlich dem entleerten Urin, aber auch schon dem Urin in der Blase zugesetzt (Abeles und Hofmann). Weiterhin kann durch Einführen von Phlorizin per os oder subkutan Glykosurie hervorgerufen und Diabetes vorgetäuscht werden. Gegen derartige Täuschung hilft nur peinlichste Isolierung und Beobachtung im Krankenhaus. Erwähnung verdient, daß der Zuckergehalt des Blutes bei Phloridzindiabetes nicht erhöht ist, wodurch die differentielle Diagnose erleichtert wird.

Simulation von Leberleiden durch Einnehmen von Pikrinsäure oder Kali pikro-nitricum dürfte sehr selten sein. Gegen die Täuschung schützt die Anwendung der Gmelinschen Reaktion auf Bilirubin. Zu betonen ist, daß nach größeren Dosen Pikrinsäure Hämolyse und Albuminurie auftreten.

Eine Zeitlang spielte die Simulation von Sensibilitätsstörungen

des Rumpfes und der Extremitäten eine hervorragende Rolle. Doch dürfte nur bei flüchtiger Untersuchung eine Täuschung möglich sein. Die häufig wiederholte Untersuchung mit allen Methoden der Prüfung, der Unterscheidung von spitz und stumpf, von rauh und glatt, von warm und kalt, die Differenzierung des Tasterzirkels und von Zahlen, welche in verschiedener Größe auf die Haut geschrieben werden, die Prüfung der ersten Empfindung und der ersten Schmerzempfindung, der elektrokutanen Sensibilität mit Täuschungsversuchen gibt im Zusammenhang mit den Erfahrungen der Pathologie bald ein Bild, ob Sensibilitätsstörungen vorliegen. Betont sei, daß die Simulation von Sensibilitätsstörungen häufig mit grotesken Angaben einhergeht. Bei allen Prüfungen muß man die Augen des zu Prüfenden möglichst ausschalten. Häufig führt folgende Methode rasch zum Ziel. Man läßt bei dem Gefühl einer Berührung mit „Ja" bei Gegenteil mit „Nein" antworten. Dann läßt man die Aufforderung zur Antwort „Jetzt" fort, und häufig erklingt dann bei Berührung der angeblich gefühllosen Partien das Wort „Nein". Curschmann hat in neuester Zeit die von mir für Schmerzpunkte angegebene Prüfungsmethode in umgekehrter Weise in Anwendung gezogen, indem er zeigte, daß bei elektrischer Reizung wirklich gefühlloser Partien die von fühlenden Partien aus eintretende Änderung des Blutdrucks ausblieb. Für einen typischen Fall kann ich das Ergebnis bis jetzt bestätigen. Eine Weiterführung dieser Untersuchungen ist dringend erwünscht.

Eine ganz hervorragende Rolle spielen naturgemäß Lähmungen und Schwächezustände in den **Extremitäten**. Mehr oder minder hat wohl jeder zur Prüfung von Simulation ähnliche Bewegungsversuche angestellt, wie sie v. Hoesslin beschrieben hat. Wenn ein Patient bei der Ausführung einer Bewegung zur Verdeckung der Kraft eine gleichzeitige Innervation der Atagonisten eintreten läßt, so können bei plötzlichem Loslassen des Ellbogens, des Hand-, Kniegelenks oder der Hüfte die Muskeln nicht ruckweise Weiterbewegung zeigen. Wenn der Arzt dem Untersuchten seine Hand reicht, damit dieser einen Händedruck ausübt, aber jeder Effekt ausbleibt, so zieht der Arzt rasch seine Hand fort. Bleiben dann die Finger in seitheriger halber Beugung stehen, so hat entweder überhaupt kein Druck stattgefunden, oder es liegt ein mechanisches Hindernis vor. Weiterhin wissen die Patienten nicht, daß der Händedruck bei gestrecktem Handgelenk unter allen Umständen stärker sein muß, als bei gebogenem. Diese Untersuchungsmethoden lassen sich mannigfach variieren; der simulierende Patient weiß auch meist nicht, daß das stark gestreckte Knie selbst bei paretischen Zuständen der Beugung großen Widerstand entgegenstellt.

Zu den diagnostischen Hilfsmitteln gehört weiterhin die Umfangsmessung der Extremitäten, wobei zu berücksichtigen ist, daß der

stärker gebrauchte (meist rechte) Arm den anderen an Umfang um etwa 0,5—1 cm übertrifft, sodann die Prüfung der Reflexe und der elektrischen Erregbarkeit sowohl der sensibeln als der motorischen Nerven. Steigerung der Reflexe, einseitige Abschwächung kommen vor. Bei länger bestehender Ischias mit Schwäche des Beines findet sich häufig eine Abschwächung des Achillessehnenreflexes der kranken Seite. Auch hier spielt die durch Kontrollversuche zu prüfende Schmerzhaftigkeit einzelner Stellen eine Rolle. Aber auch partielle Abmagerung einzelner Muskeln, fibrilläre, wogende Zuckungen bei körperlicher Ruhe (eventuell nach vorhergehender Anstrengung) sind zu beachten.

Bei der Prüfung der Muskelkraft wird es stets unser Bestreben sein müssen, die zu prüfende Leistung als Nebenerscheinung bei einer anderweitigen Scheinprüfung zu beobachten. Für die einzelnen Muskelgruppen sind von Freund und Sachs, von Menier, von Erben verschiedene Methoden angegeben worden. Es handelt sich stets darum, den Gedankengang des Untersuchten abzulenken. Wenn ein Untersuchter angibt, das Knie nicht strecken zu können und unbehindert mit dem angeblich kranken Bein auf einen Stuhl steigt, oder ein anderer den Oberschenkel nicht in der Hüfte heben zu können angibt, aber bei der später folgenden Sensibilitätsprüfung das Bein minutenlang in erhobener Stelle (in der Hüfte) hält, so ist die Simulation klar. Das Verfahren von Menier, bei angeblicher Unmöglichkeit die Arme über die Horizontale zu heben, besteht darin, daß man den Rumpf beugen und die Arme möglichst heben läßt, wobei sie häufig parallel zum Kopfe stehen. Befiehlt man nun rasches Aufrichten, so bleibt die Stellung der Arme zum Kopf bei Simulation der Schwäche häufig die gleiche. Der vorsichtige Arzt wird im ähnlichen Sinne für jede angebliche Schwäche und Lähmung ohne objektiven Befund entsprechende Versuchsanordnungen anwenden. Zweimal sah ich typische hysterische Monoplegie des Armes nach allerdings schwerem Trauma. Trotz hochgradigster Herabsetzung der Sensibilität habe ich in diesen Fällen immer wieder auf Simulation untersucht. Aber die sorgfältigste, erneute Untersuchung der Fälle und die Beobachtung im Krankenhause und später ließ die Zweifel an der Diagnose verstummen. Die Behandlung blieb trotz Suggestion erfolglos. Aber ich konnte auch die Simulation einer hysterischen Monoplegie gemischt mit anderen Erscheinungen in meiner Vorlesung demonstrieren.

Der 32jährige Mann erzählte, er habe am 6. November 1905 einen Fall auf die Schulter erlitten und eine noch bestehende Lähmung des linken Armes davongetragen, für die er eine Rente von 60 Mark im Monat beziehe. Er habe später eine Stelle als Telephonist erhalten und als solcher habe er am 24. April 1907 am Telephon einen elektrischen Strom durch den Körper bekommen. Er sei bewußtlos gewesen und seit dem Unfall stimmlos. Außerdem leide er an Kopfschmerzen.

Die objektive Untersuchung ergab eine völlige Lähmung des linken Armes

ohne Störung der Sensibilität, der elektrischen Erregbarkeit, ohne Atrophie, mit normalen Reflexen. Im Halse war von dem vorher begutachtenden Arzt eine leichte Lähmung der rechten Hälfte des weichen Gaumens, eine starke Rötung der Taschenbänder, ein leichte Rötung der Stimmbänder, sowie eine eigentümliche Zerklüftung der rechten Tonsille mit narbiger Verziehung auf eine Verletzung durch Elektrizität zurückgeführt worden. Der von uns erhobene Befund im Hals ergab indessen, daß der Schiefstand des Zäpfchens nicht durch eine Parese der rechten Hälfte des Gaumens bedingt war, da die Bewegungen, die elektrische Erregbarkeit und das Gefühl intakt waren. Die Affektion der Tonsille ließ sich auf einen in der Kindheit abgelaufenen Prozeß zurückführen. Die Stimmbänder zeigten bei laryngoskopischer Untersuchung keine hysterische oder sonstige Stimmbandlähmung.

Sodann fiel auf, daß zwar beim Sprechen, aber nicht beim Husten und Räuspern Aphonie bestand. Darnach erschien der Fall simulationsverdächtig. Eine genaue Beobachtung ergab, daß er auch, sich unbeobachtet glaubend, die anscheinend gelähmte Hand vereinzelt gebrauchte.

Diesen Fall untersuchte ich mit meinen Schülern und wies zunächst das Bestehen einer organischen Krankheit zurück, dann prüfte ich die Frage der Hysterie und kam zu negativem Resultat. Zum Schluß wurde die Diagnose gestellt, daß es sich um eine Affektion des Willens handle, daß Patient also den Arm bewegen und ordentlich sprechen könne, wenn er wolle.

Als der Untersuchte das gehört, drehte er sich um, ergriff mit der vorher gelähmten Hand das Hemd, zog sich mit beiden Händen an und erklärte, er könne ja nun reisen.

Später schrieb er, daß ich seinen Zustand so genau erkannt, daß eine weitere Untersuchung zu einem zweiten Gutachten wohl nicht notwendig sei.

Bei völlig normalem objektivem Befund sah ich öfters Schwächezustände eines oder beider Beine oder eines Armes simulieren. Die Simulation dokumentiert sich vielfach durch ihre Übertreibung. Ein Mann gibt an, in der Fabrik nicht mehr 5,00 Mk. pro Tag, sondern nur noch 3,50 Mk. verdienen zu können. Dabei schleppt er im Untersuchungszimmer die Beine, daß er bei diesem Gang nicht mehr 1,00 Mk. verdienen könnte. Auf dem Korridor und außerhalb des Krankenhauses wandert er so flott wie jeder andere. Zweifelhafte Fälle dieser Art werden häufig erst in längerer Beobachtung und durch eine überlegte Versuchsanordnung entlarvt. Der Nachweis simulierten Hinkens, wobei meist ein Stock gebraucht wird, erfordert häufig vielfache Untersuchung. Man wird ganz natürlich nur in den Fällen an Simulation denken, in welchen jeder objektive Befund fehlt. Die zu Untersuchenden werden nach genauester Anamnese völlig ausgezogen geprüft. Dann notiert man, wie sie beim Vorwärtsgehen und Rückwärtsgehen den Stock setzen, welche Teile sie entlasten. Nun nimmt man den Stock, läßt verschiedene Übungen und Bewegungen machen und endlich gibt man den Stock in die andere Hand und läßt nun gehen. Häufig wird mit der Führung des Stocks in der anderen Hand das vorher als gesund angegebene Bein entlastet.

Für die einseitige oder doppelseitige Lumbalneuralgie kommen

besonders die oben erwähnten Bewegungsversuche in Betracht. Eine eingehende Untersuchung läßt hier kaum im Stich. Beim normalen Menschen wird mit dem Bücken die Wirbelsäule nach hinten konvex, bei Schmerzen in der Wirbelsäule wird diese in den schmerzhaften Teilen völlig steif gehalten. Die Bückbewegungen werden dann durch Beugung der Hüfte und des Knies ersetzt, die Drehbewegungen des Oberkörpers erfolgen bei Schmerzhaftigkeit mit möglichster Ruhigstellung der kranken Partie. Auch die Rückenlage, welche beim Gesunden die Lendenwirbelsäule der Unterlage sich anlegen läßt, ist eventuell in ausgedehntem Versuch zu prüfen. Eine häufige Untersuchung und Kontrolle des sich unbeobachtet Dünkenden führt meist zum Ziel. Bei einseitiger Lumbalneuralgie kommt in Betracht, daß bei abwechselndem Stehen auf einem Bein Differenzen in der Haltung der Wirbelsäule eintreten, die sich diagnostisch verwerten lassen, und daß die Seitwärtsbeugung nach der einen Seite in der Regel schmerzlos, die nach der andern Seite schmerzhaft ist. Häufig ist Seitwärtsbeugung in der Richtung der erkrankten Seite leichter. Es ist aber notwendig, die betreffende Untersuchung unter jedesmaliger Protokollierung des Befundes häufiger zu wiederholen. In einem zweifelhaften Fall von einseitiger Lumbalneuralgie nach Trauma erwies die Kontrolle der Herztätigkeit beim Reiben das Vorhandensein einer Schmerzhaftigkeit. In einem andern Fall, der mit seinen Klagen abgewiesen war, zeigte das Röntgenbild einen teilweisen Wirbel- und Beckenbruch. Daß außerdem der Zusammenhang der Neuralgie mit dem Trauma stets erwogen werden muß, bedarf wohl kaum der Betonung.

Einen Fall von angeblich rasenden Rückenschmerzen hatte ich längere Zeit in Beobachtung. Der etwa 40jährige Mann ging schlürfend mit zwei Stöcken und setzte jedem Versuch, die steif gehaltene Wirbelsäule zu beugen, die lautesten Schmerzäußerungen entgegen. Er legte sich mit größter Vorsicht auf den Rücken ins Bett und auf das Ruhesofa, schrie bei dem geringsten Versuche der Bewegung und gab an, auf dem Bauch überhaupt nicht liegen zu können. Das Leiden bestand angeblich seit fünf Jahren, und er bezog seit dieser Zeit Vollrente. Die Untersuchung war sehr erschwert und unvollständig, ergab aber keine organische Erkrankung. Da der Betreffende in den letzten Jahren noch Kinder erzeugt hatte, erklärte ich ihn entweder für einen hochgradigen Übertreiber oder Simulanten. Eine praktische Kontrolle in der Heimat fand ihn nicht zu Hause, sondern im Garten holzhackend. Die selbstverständliche Herabsetzung der Rente veranlaßte ihn, eine Tätigkeit zu beginnen. Vor einigen Monaten konstatierte ich, daß er die Stellung eines Billeteurs an einem kleinen städtischen Theater übernommen hatte und gut ausfüllte.

Ein anderer Fall kam mit einer stark konkav ausgebogenen unteren Brust- und Lendenwirbelsäule zur Beobachtung. Er gab an, diese nicht gerade strecken zu können. Auf dem Untersuchungstisch lag er derart, daß zwischen dem Rücken und der Unterlage ein großer Hohlraum sich befand. In diesen wurde ein Papier mit oberer berußter Fläche gelegt. Anfangs blieb die Haltung des Mannes die gleiche, aber nach einer Stunde lag er auf der Unterlage wie jeder andere und der Rücken war schwarz bemalt. Trotz dieser Simulation war der Mann noch als teilweise

krank ansusehen, es fehlte auf der rechten Seite der obere und untere Bauchdeckenreflex und es waren leichte Erscheinungen einer chronischen Ischias vorhanden. Aber der teilweise arbeitsfähige Mann simulierte völlige Arbeitsunfähigkeit.

Große Schwierigkeiten bietet häufig die Untersuchung von Schmerzen an den Extremitäten. Man wird hier auf den Verlauf der Nerven, auf Schmerz an Druckpunkten zu achten haben, aber die Beurteilung der letzteren erfordert große Kritik. Sehr häufig fand ich bei wirklichen Neuralgien Änderungen der Zirkulation, Kälte der innervierten Partien, auch wohl Abschwächung oder Verlust der Reflexe. Lang dauernde Neuralgien pflegen außerdem zur Abmagerung einzelner Muskeln zu führen.

An den Armen muß man auch die Schmerzen der Arthritis deformans und der Adipositas dolorosa, an den Beinen die Schmerzen durch Plattfuß, durch Arteriosklerose (Dysbasia angiosclerotica), die Achillodynie und Tarsalgie berücksichtigen. Außerdem muß man an die traumatische Potatorenneuralgie denken.

Im Ischiadikusgebiet ruft mechanische Reizung einzelner schmerzhafter Nerven wohl auch Krämpfe in den nahe gelegenen Muskeln hervor.

Weiterhin ist bei Ischias das in der Hüfte gebeugte Bein im Kniegelenk zu strecken; bei typischer Neuralgie ist die Streckung meistens schmerzhaft, oftmals fühlt man auch in der Kniekehle ein Vorspringen des schmerzhaften Nerven.

Vereinzelt fand ich auch eine deutliche Steigerung der elektrischen Erregbarkeit bei Neuralgie gemischter Nerven, besonders wenn durch Fortsetzung eines entzündlichen Prozesses von einem peripherischen Trauma aus an eine leichte Neuritis gedacht werden mußte. In derartigen Fällen pflegen auch die Sehnenreflexe eine Herabsetzung zu erfahren.

Bei Kontrakturen denken wir zuerst an eine Affektion des Gelenks, sei es, daß entzündliche Veränderungen an diesem oder an den Gelenkkapseln vorhanden sind. In solchen Fällen bleibt aber die Atrophie nicht aus. Bei spastischen Erscheinungen an einem oder beiden Beinen kommt eine Leitungsschädigung der Pyramidenbahn in Frage. Aber dann findet sich in der Regel eine Steigerung der Reflexe (einschließlich des Babinskischen Phänomens). Eine primäre Kontraktur durch Reizung des motorischen Systems infolge organischer Erkrankung beschreibt Erben. Von hysterischen Kontrakturen, die stets mit anderen Symptomen einhergehen, wollen wir hier absehen. Es kommen aber ähnlich der Kontraktur des Sternocleidomastoideus und der tieferen Nackenmuskeln, welche den Schiefstand des Halses bedingen, auch nach Unfallerkrankungen Kontrakturen vor.

Weiterhin finden sich Kontrakturen der Antagonisten infolge von Lähmung einzelner Nerven und Muskeln, wovon die Krallenhand bei Ulnarislähmung ein Beispiel ist.

Finden sich Kontrakturen ohne jede Komplikationen, so wird die Untersuchung sich mit der Prüfung der Rigidität, der elektrischen Erregbarkeit der sensibeln und motorischen Nerven befassen, immer aber mit Berücksichtigung des Hauptpunktes, daß der Patient etwas ganz anderes als die Prüfung der Kontraktur erwartet. Die gleichen Gesichtspunkte gelten für häufiger oder seltener auftretende lokalisierte Krämpfe. Bei allen diesen Prüfungen kommt weiter in Betracht, daß man in verschiedenen Körperlagen und Stellungen den Effekt der Störung prüft. Läßt man einen angeblich Kranken, der sein Bein im Knie nicht beugen zu können angibt, lange Zeit so liegen, daß der Unterschenkel keine Stütze hat, so reicht zum Schluß der stärkste Wille zur Täuschung nicht aus, wovon auch Liniger ein interessantes Beispiel bei einem Knaben berichtet.

Bei der Prüfung des Zitterns hat man naturgemäß die bekannten, mit Zitterbewegungen einhergehenden Erkrankungen, wie Paralysis agitans, Morbus Basedowii zu berücksichtigen. Sodann kommt der toxische Tremor in Betracht. Ebenso sah ich wie Nonne mehrfach ein Krankheitsbild, das dem Polymyoklonus ähnlich als Schüttelneurose bezeichnet werden kann und, in der Ruhe häufig sistierend, alle Bewegungen begleitet und mit Bevorzugung der Beine sich zum Schütteln des ganzen Körpers steigert. Außer starker Kontraktion der pseudospastischen Muskulatur können alle anderen Symptome fehlen. Bei diesen Fällen sieht man am ausgezogenen Körper häufig das von mir beschriebene, fibrilläre Muskelwogen. Letzteres ist der Simulation unzugänglich.

Zweifellos wird das Zittern häufig mit Unrecht als simuliert betrachtet. In diesen Fällen ist es von Wert, wenn fibrilläres Muskelzucken oder faszikuläre Kontraktion einzelner Muskeln oder Bündel vorhanden ist, welche der willkürlichen Innervation sich entziehen. Erben zitiert diese Prüfung, fügt aber wenige Zeilen später hinzu, daß das Rumpfsche fibrilläre Muskelwogen sich keinerlei Bedeutung erworben hat. Das fibrilläre Muskelwogen ist aber nichts als eine Steigerung der von anderen Autoren erwähnten faszikulären Zuckungen.

Zur Prüfung des Zitterns auf Echtheit wird man nach Ausschluß aller in Betracht kommenden Erkrankungen die Aufmerksamkeit durch rasche Bewegung der nicht zitternden Teile in Anspruch nehmen und dabei das Zittern beobachten. Fuchs hat zuerst darauf aufmerksam gemacht, daß bei intendierten Bewegungen des gesunden Armes simuliertes Zittern eine Änderung erfährt, also Mitbewegungen zeigt. Noch besser ist eine anderweitige Prüfung (so der Sensibilität) in der Art

vorzunehmen, daß die Aufmerksamkeit ganz von dem Zittern abgelenkt wird. Dann sah ich gelegentlich Tremor völlig fehlen, ohne daß diese Erscheinung allerdings eo ipso Simulation beweist. Auch die Prüfung in verschiedenen Körperlagen ist am Platz. Zittern des Fußes sah ich bei Bauchlagen mit dem Fortfall eines festen Punktes für die Fußspitze gelegentlich fehlen.

Eine gute Methode ist die längere Beobachtung und das Aufschreiben der Zitterbewegungen, worauf Rémy zuerst aufmerksam gemacht hat. Simulation macht sich nach längerer Zeit und bei häufig wiederholtem Aufschreiben durch Ungleichmäßigkeit der Bewegung bemerkbar. Gelegentlich findet sich auch einfache Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit in Fällen von Kommotion des Rückenmarkes. Ich habe auf diese in der erwähnten Arbeit 1890 aufmerksam gemacht; selbstverständlich handelt es sich auch hier nicht um ein für Commotio cerebrospinalis charakteristisches Symptom. Wir wissen ja, daß bei allen möglichen Erkrankungen des Nervensystems diese Veränderungen vorkommen.

Die schwierigsten Fälle für die Diagnose stellen die **Hysterie** und die **Neurasthenie** dar. Mit der Diagnose der letzteren, insbesondere unter dem Namen traumatische Neurose, wird geradezu ein Unfug getrieben, wie das auch Thiem vor kurzem ausgeführt hat. Etwas Schwanken bei geschlossenen Augen, einige angebliche Schmerzpunkte in Verbindung mit den subjektiven Klagen genügen häufig zur Stellung der Diagnose. Dabei kommt es vor, daß wirkliche Erscheinungen eines mehr oder weniger schweren Leidens infolge mangelhafter Untersuchung übersehen werden. In anderen Fällen erfolgt völlig ungerechtfertigte Rentenbewilligung. Derartige Fehler schädigen nicht nur das Staatsvermögen und die Arbeitskraft des Volkes, sie wirken auch demoralisierend und fordern geradezu zur Nachahmung auf.

Beide Krankheitsbilder erfordern wohl die sorgfältigste Untersuchung und eine eingehend zu begründende Diagnose. Das vielgestaltige Symptomenbild hier eingehend zu schildern, würde zu weit führen. Man muß auch betonen, daß unter dem Sammelbegriff Neurasthenie-Hysterie noch eine Anzahl von Krankheitsbildern zusammengefaßt sind, welche nicht rein funktionell sind. Nachdem wir durch Erichsen und andere die Railway-spine, sodann die Commotio cerebrospinalis kennen gelernt hatten, wurden rein funktionelle Erkrankungen der letzteren subsummiert; als sich dann gezeigt hatte, daß der Schrecken allein ohne Trauma ähnliche Krankheitsbilder hervorrufen kann, wurde das Reich der rein funktionellen Erkrankungen über Gebühr ausgedehnt. Hier hat zunächst eine kritische Sichtung einzutreten. Nach den Erfahrungen von Kocher u. a., die ich durch eigene Beobachtungen ergänzen kann, müssen wir annehmen, daß bei Fällen von Schädeltrauma, welche ohne

Erscheinungen einer Lokalerkrankung nur Symptome allgemeiner Art darbieten, wichtige pathologisch-anatomische Veränderungen (kleine Blutungen, Degenerationsherde) vorhanden sein können. Findet derartiges auch häufiger im Anschluß an schwere Kommotion mit Bewußtseinstrübung statt, so mahnt es doch zur Vorsicht in der Diagnose einer rein funktionellen Neurose nach Kopftrauma.

Die erste Aufgabe bei allen Fällen ist, wie ich immer wieder betone, die sorgfältigste Untersuchung. Der Gang dieser muß schon bei der Anamnese und den vielgestaltigen Klagen erwogen, und die Prüfung der Symptome unter der Aufgabe der Ablenkung vorgenommen werden. Dabei muß der Patient oder die Patientin in warmem Zimmer sich völlig nackt ausziehen. Das warme Zimmer ist zu betonen, weil bei nervösen Menschen gelegentlich durch Frost fibrilläre Muskelzuckungen auftreten. Bei größerer nervöser Reizbarkeit treten sie aber ohne Frost auf und zeigen dann bald Zuckungen einzelner Bündel, bald typisches Muskelwogen. Als ich 1890 diese fibrillären Zuckungen zuerst bei traumatischer Neurose beschrieb, schlußfolgerten einzelne Autoren, ich habe dieses Symptom als ein charakteristisches Zeichen für Unfallhysterie aufgefaßt (so Windscheid). Zu einer derartigen unberechtigten Schlußfolgerung bezüglich dieses und einiger anderer Symptome habe ich in keiner Weise Veranlassung gegeben. Es hätten mir ja dann die fibrillären Zuckungen bei Neurasthenie, bei progressiver Paralyse, Bulbärparalyse unbekannt sein müssen. Ich habe auch in einer Anmerkung betont, daß ich bei Syringomyelie ähnlich starke wogende Zuckungen beobachtet habe. Einer der Fälle, den ich bei dem Vortrag im ärztlichen Verein in Marburg demonstriert habe, zeigte das Symptom im Anschluß an eine traumatische Lähmung, was ich ebenfalls Windscheid gegenüber betonen möchte. Daß das Symptom immer vorhanden sein müsse, habe ich keineswegs behauptet, das gilt aber für manche Erscheinungen bei anderen Krankheiten. Es kam mir nur darauf an zu zeigen, daß eine eingehende Untersuchung derartiger Fälle manche Erscheinungen zutage fördert, welche bezüglich der Simulation der Erkrankung von Bedeutung sind. Fibrilläre Zuckungen und Tremor kommen auch bei reiner Schreckneurose, weiterhin nach Verletzungen durch Blitz und starke elektrische Ströme vor, sind aber bei starken Traumen des Nervensystems vielfach stärker ausgesprochen.

Von großer Bedeutung für die Diagnose ist fernerhin das Verhalten halten der Herztätigkeit in Ruhe und nach Bewegungen, die Beobachtung von vasomotorischen Erscheinungen und die Prüfung der Reflexe. Die Beurteilung von Schwindel und Schmerzpunkten hat schon oben Erwähnung gefunden.

Besonders schwierig sind Fälle, in denen deutliche objektive Krank-

heitserscheinungen fehlen; dann wird die fortlaufende Kontrolle des Schlafes, des Körpergewichtes, des ganzen Betragens, besonders im Krankenhause, in Rücksicht zu ziehen sein. Angstzustände entziehen sich auf die Dauer wohl nur selten der Beobachtung, auch hysterische Anfälle sind kaum zu verkennen. Es kommt aber häufig vor, daß Kranke neben wirklichen Krankheitszuständen noch einzelne Symptome simulieren. Große Schwierigkeit macht die Beurteilung der angeblichen Kopfschmerzen bei zweifelhaft Hysterischen. Nur längere Beobachtung, oft durch Jahre, schafft hier Klarheit.

Leichter klarzustellen sind simulierte Lähmungen und Kontrakturen. Hier hilft häufige Untersuchung unter den verschiedensten Modifikationen und eventuelle Beobachtung von Ermüdungserscheinungen. Hysterische Störungen der Beine ohne anderweitige Symptome von Hysterie anzunehmen, hat stets schwere Bedenken. In allen zweifelhaften Fällen empfiehlt sich eine eingehende Untersuchung des Gesichtsfeldes und der Augen, weil bei keiner Untersuchungsmethode die Simulationsversuche so klar zutage liegen. Ähnliches gilt auch für die Untersuchung der Ohren.

Außerordentlich häufig habe ich **Epilepsie** auch nach verhältnismäßig leichten Traumen beobachtet. Man muß allerdings daran denken, daß gelegentlich schon Jahre hindurch epileptische Anfälle simuliert sind. Bei wirklicher ärztlicher Beobachtung, Prüfung der Pupillarreflexe, der Schmerzempfindung dürfte das allerdings kaum vorkommen. Ist Epilepsie nachgewiesen, so handelt es sich vielfach um Entscheidung der Frage, ob die Epilepsie nicht schon vor dem Unfall vorhanden war und ob nicht ein epileptischer Anfall Ursache der Verletzung gewesen ist. Zur Klarstellung wird man häufig Recherchen bei der Schulbehörde, beim Militär, den früheren Arbeitgebern veranlassen müssen.

Die Simulation mehr chirurgischer Erkrankungen ist etwas schwieriger, da die Untersuchungsmethoden einfacher sind und die Röntgendurchleuchtung und -photographie über viele zweifelhafte Fälle Aufklärung schafft. Aber hier ist zu betonen, daß zur Beurteilung von Röntgenbildern reiche Erfahrung in den Aufnahmen und der Beurteilung notwendig ist. Die Resultate der Behandlung und die Folgen von Frakturen der verschiedensten Knochen haben eine völlig neue Beleuchtung erfahren.

Von simulierten Erkrankungen sind zunächst die Selbstverletzungen zu erwähnen. E. Patry beobachtete allein 1901 und 1902 bei 42 Italienern Selbstquetschung der linken Hand (durch wiederholtes viertelstündiges Klopfen), zu dem Zweck, eine Rente zu erhalten. G. Baer beobachtete künstlich erzeugtes Handrückenödem durch subkutane Injektion einer Säure, Patry künstliche Wunden durch Betupfen mit

Salzsäure, Raybared das gleiche durch Blasenpflaster und Reizung der Wunde, um die Heilung zu hindern. Auch an künstliche Ödeme durch Abschnürung der Glieder mit eigenwilligen mechanischen Verletzungen muß man denken.

Verletzungen, welche außerhalb der Tätigkeit akquiriert sind, werden gelegentlich ein oder mehrere Tage verheimlicht. Dann wird ein Unfall simuliert und Anspruch an die Unfallversicherung erhoben.

Von großer Wichtigkeit ist in vielen Fällen eine eingehende Prüfung der Sinnesorgane. Was die Augen betrifft, so bringt in manchen Fällen der Augenspiegelbefund Klarheit in einen dunkeln Fall. In anderen Fällen fehlt jedes objektive Krankheitssymptom und es handelt sich darum, die Simulation zu entlarven.

Zur Entlarvung der angeblichen einseitigen Blindheit und Sehschwäche dienen verschiedene Versuche, unter welchen an erster Stelle die Prüfung der Pupillenreaktion, die Verwendung farbiger Buchstaben auf weißem Grund mit Vorsetzen gleichfarbiger Gläser, die Benutzung von starken Konvexgläsern für das gesunde Auge mit langsamer Entfernung der Schrift über den Fernpunkt hinaus zu nennen sind. In vielen Fällen genügen als einfache Methoden das Betrachtenlassen von bewegten Gegenständen unter abwechselndem Verdecken der Augen, wobei das angeblich blinde Auge bei Verdecken des andern dem Gegenstande folgt, das Lesenlassen mit Einschieben eines Bleistiftes vor das gesunde Auge. Eine leicht ausführbare Methode zur Entlarvung von Übertreibung gibt Groenow an, ausgehend von der Tatsache, daß ein gesundes Auge bei geschlossenen Lidern auf etwa sechs Meter Entfernung anzugeben vermag, ob es in einem dunkeln Zimmer von einer Kerze beleuchtet wird oder nicht. Der Übertreiber gibt dann auf kürzere Entfernungen an, hell und dunkel nicht unterscheiden zu können. Von großer Wichtigkeit ist auch die Aufnahme des Gesichtsfeldes des einzelnen Auges oder beider zusammen, die man in verschiedenen Abständen vornimmt. Bezüglich weiterer Einzelheiten verweise ich auf das Buch von Wick-Roth, Berlin 1907. Daß auch gelegentlich Bindehautkatarrh und Erweiterung der Pupille künstlich hervorgerufen wird, sei der Vollständigkeit halber erwähnt. In allen komplizierten Fällen wird man die Untersuchung durch einen Augenarzt nicht entbehren können.

Ebenso wichtig ist in vielen Fällen eine Prüfung des Gehörapparates. In manchen Fällen von zweifelhafter schwerer Störung fand Kollege Walb bei der Untersuchung des inneren Ohrs einen Bruch des Felsenbeins. Häufig ließ sich die Vortäuschung einseitiger Taubheit oder Schwerhörigkeit leicht und ohne spezialärztliche Untersuchung konstatieren.

In einem Falle von leichter Verletzung des Kopfes war von einem Ohrenarzt linksseitige Taubheit gutachtlich angegeben. Beim Durchlesen der Akten war mir der Fall, der ein Jahr später zur Revision kam, höchst verdächtig. Ich ließ ihn näher treten, Platz nehmen, und ohne mich weiter um ihn zu kümmern, diktierte ich meinem Assistenten zu Protokoll:

„Der X. hat am soundsovielten Tage eine Verletzung des Kopfes erlitten. Die Untersuchung durch den Ohrenarzt hat ergeben, daß X. auf dem rechten Ohr völlig oder nahezu völlig taub ist. Die heutige Untersuchung ergibt folgendes." Nun frug ich ihn, ob die Taubheit auf dem rechten Ohr sofort nach dem Unfall entstanden sei oder sich langsam entwickelt habe. Er antwortete mit etwas eigentümlichem Gesichtsausdruck langsam: „Sofort nach dem Unfall". Nun ging ich zur Untersuchung über und konstatierte angebliche völlige Taubheit auf dem rechten Ohr. Die Untersuchung mit dem binauralen Otoskop nach Lucae ergab gute Hörfähigkeit auf beiden Ohren, ebenso andere Prüfungen. Kollege Walb hat dann meine Diagnose bestätigt.

Einen ähnlichen Fall hatte ich in den letzten Tagen Gelegenheit zu demonstrieren. Ein Herr, der durch den Sturz von der Leiter an Kopfschmerzen, Schwindel, Schlaflosigkeit und hochgradiger Schwerhörigkeit zu leiden angab, war von mir vielfach eingehend untersucht worden. Auf Fragen in gewöhnlicher Sprache, legte er die Hand ans Ohr und frug: „wie". Ich kannte ihn also nur als sehr schwerhörig. Bei der Untersuchung vor einem ärztlichen Schiedsgericht, die ihn sehr ermüdet hatte, war er von der einen Ecke des Zimmers in die andere gegangen, sich anzuziehen. Als er gerade sein Hemd überstreifte, sagte ich ganz leise: Ach kommen Sie doch noch einmal hierher, und prompt kam er zurück.

Ähnliche Scherze zur Entlarvung von Simulanten oder teilweise Simulierenden werden ja von den militärischen Aushebungen vielfach berichtet; doch scheint die Simulation von Gehörstörungen infolge der verbesserten Untersuchungsmethoden seltener geworden zu sein.

Als einfachste Methode empfiehlt es sich, den Patienten das angeblich gesunde Ohr fest durch Anlegen des Tragus und Druck des Fingers schließen zu lassen. Laute Sprache sowie Stimmgabelschwingungen von $C^2 = 512$ an werden hierbei von dem gesunden Ohr gehört, während der Simulant nichts zu hören angibt. Von großem Werte ist mir weiterhin das binaurale Hörrohr, in das man spricht und nachsprechen läßt unter abwechselndem Verschluß der Zuleitung zu einem Ohr.

Weiterhin ist die Prüfung durch Aufsetzen einer Stimmgabel auf den Kopf von Wert, sowie eine Anzahl feinerer Untersuchungsmethoden, die alle dazu dienen, den Untersuchten über das hörende Ohr zu täuschen.

Daß man gut tut in zweifelhaften Fällen einen Ohrenarzt zu Rate zu ziehen, versteht sich von selbst.

Auch die Prüfung des Geruchsvermögens ist häufig notwendig Hier fehlen noch Methoden, die Simulation zu entlarven. Intensivere Störungen führen auch zum Verlust des Geschmacks, was den Simulanten unbekannt ist.

Die **Dissimulation von Krankheit** sehen wir zunächst häufig bei Geisteskrankheiten, welche ihre Wahnideen verheimlichen, um aus

der Anstalt entlassen oder von der lästigen Vormundschaft befreit zu werden. Mehrfach sah ich auch beginnende Paralytiker, bei welchen die dementia paralytica sich im Anschluß an ein Trauma rasch entwickelt hatte. Mehrere von diesen begehrten die Arbeit wieder aufzunehmen, trotzdem schwere Krankheitssymptome es verboten. Der eine wollte seine Einnahmen als Lokomotivführer, ein anderer als Schiffsführer nicht verlieren, und sie behaupteten fast ganz gesund zu sein. Sodann werden Krankheitserscheinungen verheimlicht, um Anrechte auf eine Lebensversicherung und Invaliditätsversicherung zu erlangen. Welche Vorsichtsmaßregeln bei ersterer zu beobachten sind, zeigen die für die Gesellschaft auszufüllenden ärztlichen Formulare. Bei der Invalidenversicherung ist es mehrfach vorgekommen, daß Kranke zurückgewiesen wurden, weil der Bedingung der 200 Beitragswochen nicht genügt war. Infolgedessen versuchten sie durch nachträgliches Kleben teils ohne Arbeitsleistung, teils unter Wiederaufnahme der Arbeit ihr Anrecht nachträglich zu erlangen.

Mir steht besonders ein Fall von einseitiger Lungentuberkulose bei einem Manne von 70 Jahren in Erinnerung, der völlig arbeitsfähig zu sein angab. Wurde Arbeitsfähigkeit angenommen, so konnte er durch nachträgliches Kleben der fehlenden Marken das Anrecht an die Invalidenversicherung noch erwerben. Dieser Fall lag deshalb schwierig, weil er bei vorhandenem Anrecht auf Invalidenrente seine Lungenkrankheit vermutlich zur Erlangung dieser benutzt hätte. Da aber anderseits viele Lungenkranke Jahre hindurch arbeiten, so konnte die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur auf Grund längerer Beobachtung erfolgen. Erwies diese, daß er in einem größeren Zeitraum, etwa ein Jahr, selbst mit Aufbietung aller Kräfte regelmäßig tätig war, so konnte man die Arbeitsfähigkeit und die Berechtigung zum Kleben von Marken nicht bestreiten.

Derartige Beobachtungen zeigen, daß die Erhebung der Beiträge für die Invalidenversicherung durch Kleben der Arbeiter oder der Arbeitgeber große Schattenseiten hat. Einmal gehen den Versicherungsanstalten große Summen verloren, dann aber muß man häufig konstatieren, daß die Arbeitgeber die Versicherung versäumt haben, und daß ein dem Gesetz nach Berechtigter keine Ansprüche erworben hat.

Als dritte Form der Simulation habe ich den Versuch bezeichnet, schon vorher vorhandene Krankheitserscheinungen auf ein plötzlich eingetretenes, entschädigungspflichtiges Ereignis zurückzuführen.

Auch bei der Prüfung dieser Frage ist die sorgfältigste Erhebung der Vorgeschichte und des Befundes die erste Bedingung. Sehr häufig werden alte Erkrankungen der Augen oder der Ohren auf einen Unfall zurückzuführen versucht. Nicht minder wichtig ist das eingehende Studium der Akten. Auf Grund aller Ergebnisse und der Erfahrungen in der speziellen Pathologie muß das Urteil aufgebaut werden. Von

Krankheiten, welche häufig auf ein plötzliches Ereignis zurückgeführt werden, sind die Syringomyelie und die amyotrophische Lateralsklerose zu nennen. Der schon vorher kranke, in seinen Bewegungen unsichere, zum Fallen geneigte Arbeiter, stolpert einmal wieder und fällt etwas heftiger. Die eintretenden Schmerzen zwingen etwas Ruhe auf, und nun kommt die ganze Störung ihm mehr zum Bewußtsein. Da aber nicht die Krankheit, sondern nur ein Unfall entschädigt wird, so wird nachträglich dem durch Stolpern bedingten Fall die ganze Erwerbsbeschränkung zugeschrieben. Auch die multiple Sklerose, die Tabes und andere degenerative Erkrankungen sind unter diesen Krankheitsbildern zu nennen. Die multiple Sklerose scheint nach Traumen gelegentlich rascher voran zu schreiten. Einen interessanten Fall von Tabes mit den verschiedensten Begutachtungen verfolge ich seit Jahren in den Akten.

Ein Arzt, über den anamnestisch nichts bekannt ist, als daß er schon seit längerer Zeit an Rheumatismus leidet, macht in einer Winternacht eine mehrstündige Wanderung durch den hohen Schnee; infolgedessen verschlimmert sich das Leiden. Der zuerst konsultierte Arzt vermag keine bestimmte Diagnose zu stellen, und fragt den Kollegen, ob er keinen Fall erlitten habe. Nach dieser Frage fällt dem kranken Arzte ein, daß er im Schnee zweimal gestolpert und hingefallen sei. Nun wird er von einem bekannten Kliniker untersucht. Dieser stellt fest: 1. daß der Arzt an Tabes dorsalis leidet; 2. daß Erscheinungen der Tabes schon vor der betreffenden Wanderung und den angeblichen Unfällen vorhanden waren. Aber die Suggestion von dem Trauma stand bei dem Arzt zu fest. Als die Rückenschmerzen stärker wurden, ließ er sich mit Röntgenstrahlen durchleuchten, und der betreffende Kollege diagnostizierte eine Fraktur der Wirbelsäule. Ein entstandener Rechtsstreit rief noch viele Begutachter herbei, die zum Teil auf Grund der Wirbelsäulenveränderung eine traumatische Entstehung der Krankheit annahmen. Nun starb der Patient, und die Obduktion mit weiterer, eingehender Untersuchung ergab: 1. das Bestehen einer Tabes dorsalis; 2. tabische degenerative Knochenveränderungen der Wirbelsäule ohne Bruch, ohne Fissur und ohne Zeichen eines früheren Traumas.

In diesem Falle hat mangelhafte Untersuchung des zuerst konsultierten Arztes und die Suggestion eines Traumas einen viele Jahre währenden Rechtsstreit hervorgerufen, der für den betroffenen Arzt und seine Angehörigen viele Aufregungen und vergebliche Hoffnungen im Gefolge hatte.

Außer der Suggestion spielt aber auch wirklicher Betrug eine Rolle. Einen Fall, in welchem ein Arbeiter einen Schrotschuß in das Knie erhalten hatte und dann einen Betriebsunfall simulierte, habe ich schon erwähnt.

Ein anderer Arbeiter sollte auf ärztliches Zeugnis wegen Kniegelenkentzündung nach angeblicher Verletzung Rente erhalten. Aber die eingehende Untersuchung ergab eine frische Gonnorrhoe und Hodenentzündung. Eine Verletzung des Knies hatte überhaupt nicht stattgefunden.

Überraschend häufig habe ich ähnliche, psychisch konstruierte Unfälle bei der Landbevölkerung beobachtet. Der Umstand, daß die Invalidität nach Unfällen ganz anders entschädigt wird, als die-

jenige durch Krankheit, ist als Ursache dieser Erscheinung zu betrachten. Aber auch eine plötzlich eingetretene Invalidität wird nach genügendem Markenkleben von Menschen angegeben, die von Haus aus auf Familienfürsorge angewiesen durchgeschleppt wurden, bis ein Eintreten der Versicherungsanstalten möglich war. Gewiß möchte der Arzt in einzelnen dieser Fälle wünschen, daß die Fragestellung günstiger für die Bewilligung der Invalidenrente sei. Aber unsere erste Aufgabe ist es, die gestellte Frage genau und sachlich nach bestem Wissen zu beantworten. Bestehen Zweifel, so ist es richtig, diesen Ausdruck zu geben und dadurch der Landesversicherung die nochmalige Prüfung des Falles von ihrem Standpunkte aus zu empfehlen.

Daß große Vorsicht in der Beurteilung aller Fälle und besonders auch in der Annahme der Simulation nötig ist, sei hier nochmals betont. Man darf nie vergessen, daß Simulation und der Anschein dieser auch mit wirklicher Erkrankung einhergehen kann.

So finde ich in meinen Beobachtungen einen Fall von Simulation, bei welchem rechts und links, Beugung und Streckung des Arms verwechselt, hochgradige Sensibilitätsstörung simuliert wurde und außerdem Neuritis optica bestand. Auch einen typischen Fall von Fraktur der Basis cranii sah ich, der weitere Symptome simulierte. Weiterhin kommt es vor, daß man Fälle auf Grund der Befunde und des ganzen Verhaltens gegenüber suggestiver Beeinflussung zu den funktionellen Erkrankungen rechnet, bei denen im Laufe der Zeit doch ernstere Störungen, wie subakute Gelenkentzündung, Affektionen der Wirbelsäule, organische Herzaffektion in Erscheinung treten.

Auf der andern Seite ist zu betonen, daß jeder ungerechtfertigte Rentenbezug weitere Simulation auslöst. Es muß deshalb immer wieder auf die große Wichtigkeit hingewiesen werden, welche dem eingehenden Unterricht in diesen Gebieten zukommt.

Die Zunahme der Simulation und die dadurch bedingte Depravation der Bevölkerung infolge der Versicherungsgesetze haben schon manchen ernsten Mann veranlaßt, deren Wert als problematisch zu bezeichnen. Aber diesen mit der besseren Ausbildung und der sorgsameren Diagnostik der Ärzte sich mindernden Nachteilen gegenüber steht so reicher Segen für wirkliche Invaliden der Arbeit und in der vorbeugenden Behandlung der Invalidität, daß wir auch diesen Teil der sozialen Gesetzgebung als einen großen Fortschritt auf dem Wege der sozialen Fürsorge bezeichnen müssen.

Die Begutachtung des Untersuchten.

Nach Abschluß der eingehenden Untersuchung hat der Arzt das Gutachten über den Fall zu erstatten. Diese Gutachten stellen völlig neue Aufgaben an eine große Zahl von Ärzten. Während früher höchstens die Gerichtsärzte eingehende Gutachten zu erstatten hatten, während die

Krankenkassen mit den einfachsten Scheinen über Krankheit und Heilung sich begnügten, werden jetzt von jedem Arzte Gutachten auf Grund eingehendster Untersuchung verlangt. Diesen Aufgaben zeigte sich eine große Zahl von Ärzten nicht gewachsen. Schriftstücke von Ärzten, die nach Form, Inhalt und Beweisführung häufig als minderwertig qualifiziert werden müssen, trugen nicht dazu bei, das Ansehen der Ärzte zu heben. Dazu kommen Polemiken zwischen einzelnen Gutachtern, die häufig nicht auf Grund einer eingehenden Untersuchung, sondern theoretischer Erwägungen geführt wurden.

Der 29. Deutsche Ärztetag (im Jahre 1901) hatte deshalb das volle Recht, die Ärzte auf die Pflicht aufmerksam zu machen, durch sorgfältige Ausstellung ihrer Gutachten in einer nach Form, Inhalt und Beweisführung für Rentenzahler und Richter verständlichen Weise ihrerseits jede Veranlassung zur Klage und Mißachtung ihrer Zeugnisse zu beseitigen.

An die Spitze der Ausführung ist zu stellen, daß das Gutachten stets über den Verletzten und nicht über den vorigen Gutachter ausgestellt wird.

Beschäftigen wir uns zunächst mit dem, was ärztliche Zeugnisse sein sollen. Wir können hier auf einen Erlaß des Medizinalministers vom 20. I. 1853 zurückgreifen, der die Zeugnisse der Medizinalbeamten betrifft, dem wir noch einiges zufügen.

Die Zeugnisse sollen enthalten:

1. die bestimmte Angabe der Veranlassung zur Ausstellung des Attestes, des Zweckes, zu welchem dasselbe gebraucht und der Behörde, welcher es vorgelegt werden soll (weiterhin Name, Geschlecht, Alter, Stand und Wohnort des Verletzten);
2. die etwaigen Angaben des Kranken, oder der Angehörigen desselben über seinen Zustand;
3. bestimmt gesondert zu den Angaben zu 2 die tatsächlichen eigenen Wahrnehmungen des Beamten über den Zustand des Kranken;
4. die aufgefundenen wirklichen Krankheitserscheinungen;
5. das tatsächlich und wissenschaftlich motivierte Urteil über die Krankheit, über die Zulässigkeit eines Transportes, oder einer Haft oder die sonst gestellten Fragen;
6. die dienstliche Versicherung, daß die Mitteilungen des Kranken oder seiner Angehörigen (ad 2) richtig in das Attest aufgenommen sind, daß die eigenen Wahrnehmungen des Ausstellers (ad 3 und 4) überall der Wahrheit gemäß sind, und daß das Gutachten auf Grund der eigenen Wahrnehmungen des Ausstellers nach dessen bestem Gewissen abgegeben ist.

Wäre diese Verordnung des Medizinalministers mutatis mutandis bei den Zeugnissen für die Unfall- und Invalidenversicherung seitens der Ärzte befolgt worden, es wären viele Klagen ausgeblieben.

Betrachten wir die einzelnen Punkte, so ist zu 1 selbstverständlich der genauere Name, das Geschlecht, das Alter, der Stand und Wohnort des zu Begutachtenden anzugeben.

Punkt 2 verlangt eine eingehende Erhebung der früheren Krankheiten der Familie und des zu Begutachtenden einschließlich etwaiger früherer Unfälle und der weiteren Krankheit resp. des Unfalls, welcher als Veranlassung zu der Begutachtung betrachtet werden muß. Dieser Teil des Gutachtens muß als Bericht des zu Begutachtenden kenntlich sein. Wie häufig in der Wiedergabe der anamnestischen Angaben krasse Widersprüche zwischen den Zeugnissen von Ärzten, den Mitteilungen der Patienten und den Akten bestehen, ist kaum zu glauben. Flüchtigkeit, Mangel an Sorgsamkeit in der Unterhaltung mit dem betreffenden Fall, leichtfertige Niederschrift nach dem Gedächtnis, spätere Zutaten des Verletzten, alle diese Punkte kommen hier in Betracht.

Punkt 3 verlangt eine eingehende klinische Untersuchung, die vorstehend in ihren Grundzügen und Untersuchungsmethoden eine eingehende Darstellung auch mit Berücksichtigung der Simulation und Übertreibung gefunden hat.

Diese Untersuchung ist meist nicht in einer Sitzung zu beendigen; ihre Resultate müssen vielfach zur Nachuntersuchung Veranlassung geben. Auch in dieser Erhebung des objektiven Befundes kommen grobe, meist durch Nachlässigkeit in der Untersuchung, hier und da auch durch mangelhafte Kenntnisse bedingte Fehler vor.

So erinnere ich mich mehrerer Fälle von Hysterie, die für organische Nervenleiden erklärt, eines Falles von Tabes dorsalis, der als Wirbelfraktur bezeichnet, Fälle von schwerem Herzleiden, die als Lungenerkrankung oder Neurasthenie bezeichnet wurden, und ähnlicher Fälle mehr.

Thiem berichtet über das Gutachten eines Arztes für die Unfallversicherung. Der Kranke klagte über eine Fingerquetschung. Der Arzt untersuchte und begutachtete den Fall. Die in dem Formular zu beantwortende Frage, ob bereits vor dem begutachteten Unfall eine Erwerbsbeschränkung bestand, verneinte der Arzt. Und doch bezog der Verletzte von einem früheren Unfall mit Versteifung der Hüfte eine Entschädigung mit 45% Erwerbsbeschränkung.

In diesem Falle hatte die nachlässige Untersuchung den Arzt zur Ausstellung eines falschen Zeugnisses veranlaßt.

Punkt 4 bedingt die schriftliche Niederlegung des Untersuchungsresultates mit der besonderen Betonung des normalen und des abweichenden Befundes.

Punkt 5 erfordert zunächst zu einem wissenschaftlich motivierten Urteil das Studium der vorliegenden Akten mit den sämtlichen Befunden, welche frühere Beobachter erhoben haben. Hier heißt es, die Angaben des zu Begutachtenden vergleichen mit den Berichten der Akten, der Ärzte und sodann mit dem eigenen Befund.

Auf Grund aller dieser Einzelheiten wird das Gutachten erstattet, nach bestem Wissen und Gewissen, niemandem zu Lieb oder zu Leid. Das Gutachten betrifft zunächst die vorhandene Krankheit, berücksichtigt ihre Entstehung und gibt, soweit es möglich, ein Urteil über den weiteren Verlauf. Sodann wird die Frage behandelt, ob das Leiden etwa teilweise oder ganz durch Krankheit oder angeborene Fehler entstanden oder auf entschädigungspflichtige Unfälle zurückzuführen ist. Nun erfolgt die Beantwortung der speziellen Frage der Erwerbsbeschränkung durch das Leiden, und in einzelnen Fällen der etwaige Prozentsatz der Erwerbsbeschränkung, soweit das ärztlich möglich ist.

Der Punkt 6 aber muß als Leitfaden durch das ganze Gutachten hindurchgehen, ob die Versicherung verlangt wird, daß die Mitteilungen des Kranken oder seiner Angehörigen richtig aufgenommen sind, daß die Wahrnehmungen des Gutachtens überall der Wahrheit gemäß sind und das Gutachten nach bestem Gewissen erstattet ist, oder ob eine derartige ausdrückliche Versicherung nicht im Gutachten steht.

Zwölfte Vorlesung.

(Weitere Aufgaben des Arztes, der Arzt als Zeuge und Sachverständiger, Impfarzt, Armenarzt, Schularzt, Bahnarzt, Knappschaftsarzt, hygienische Aufgaben der Ärzte, Apotheker, Hebammen, Krankenpflege, Kurpfuschertum.

M. H.! Wir wenden uns nunmehr der weiteren Tätigkeit des Arztes und seinen Beziehungen zu den Behörden, Kommunen, sowie den Gehilfen auf dem Gebiet der Krankenpflege zu.

Der Arzt muß wie jeder andere Staatsbürger auf Beschluß eines Gerichtes erscheinen, um als Zeuge über Tatsachen, die ihm bekannt sind, zu berichten. Diese Vernehmung kann auch als sachverständiger Zeuge erfolgen, insofern der Arzt über den Verlauf einer früher von ihm beobachteten Krankheit oder einer vorgenommenen Leichenschau vernommen wird.

Dagegen gehört es nicht zu den Pflichten eines sachverständigen Zeugen, über die Krankheit, ihre Entstehung und Folgen ein ärztliches Urteil abzugeben, welches sich auf der ihm zuteil gewordenen ärztlichen Ausbildung aufbaut. Wird dieses von seiten des Gerichts verlangt, so muß er als Sachverständiger vernommen werden.

Als Sachverständige sind solche anzusehen, welche durch besondere wissenschaftliche, technische oder gewerbliche Kenntnisse zum Zwecke der Aufklärung oder des Beweises von dem Gerichte mit der Abgabe eines Gutachtens betraut werden. Der zum Sachverständigen Ernannte ist verpflichtet, der Ernennung Folge zu leisten, wenn er die Wissenschaft, die Kunst oder das Gewerbe, deren Kenntnis Voraussetzung der Begutachtung ist, öffentlich zum Gewerbe ausübt, oder wenn er zu ihrer Ausübung öffentlich bestellt oder ermächtigt ist.

Der Arzt muß also der richterlichen Ladung folgen; wird seitens des Richters die Vereidigung als Sachverständiger verweigert, so bittet der Arzt um protokollarische Niederlegung seines Protestes, gibt die verlangte Aussage und beschwert sich bei der vorgesetzten Behörde.

Daß der Arzt bei Gutachten, welche seitens des Gerichts verlangt werden, die gleiche Sorgfalt verwenden muß, welche wir früher eingehend besprochen haben, versteht sich von selbst.

Der Arzt ist auch verpflichtet, eine Vormundschaft, welche ihm vom Gericht übertragen ist, anzunehmen. Es gelten für die Ablehnung derselben die gleichen Bestimmungen wie für die anderen Staatsbürger.

Dagegen sind Ärzte nach § 35 Nr. 3 und § 85 Abs. 2 des Gerichtsverfassungsgesetzes berechtigt, das Amt eines Schöffen oder Geschworenen abzulehnen. Geschieht die Einberufung trotz dieser Berechtigung, so ist nach § 53 des obenerwähnten Gesetzes innerhalb einer Woche nach erhaltener Einberufung dagegen Einspruch bei der einberufenden Gerichtsbehörde zu erheben.

In Preußen können die Ärzte auch unbesoldete Stellen in der Gemeindeverwaltung der Städte ablehnen, dagegen nicht eo ipso in den Landgemeinden. Die Stellungen als Impfarzt und Armenarzt fallen nicht unter die besoldeten Gemeindeämter und schließen die Wählbarkeit zu unbesoldeten Gemeindeämtern nicht aus. Da die Ortsarmenverbände verpflichtet sind, für die hilfsbedürftig Gewordenen zu sorgen, und nur unter bestimmten Umständen eine Ausweisung möglich ist, so werden die Ärzte teils zur Begutachtung, teils zur Behandlung Armer regelmäßig herangezogen. Meistens werden von den Gemeinden oder Verbänden besondere Armenärzte angestellt, die ein bestimmtes Fixum erhalten. Häufig werden geburtshilfliche Maßnahmen von der vertragsmäßigen Leistung ausgeschlossen und besonders remuneriert. In dringenden Fällen müssen aber die Armenverbände auch die Kosten seitens anderer Ärzte tragen, wenn der Fall sofort gemeldet wird.

In dieser Beziehung ist ein Urteil des Oberlandesgerichts in Celle, vom 10. Oktober 1905, von Interesse (Deutsch. med. Woch. 1907 Nr. 12). Ein Ortsarmenverband hatte sich geweigert, den ärztlichen Beistand an Hilfsbedürftige für dringende Fälle zu honorieren. Nach der Entscheidung des Gerichts hatte der Ortsarmenverband den Hilfsbedürftigen ärztliche Hilfe zu gewähren. Der Arzt, der in dringenden Fällen die notwendige Hilfe leistete, hat eine dem Ortsarmenverband aufliegende Verbindlichkeit erfüllt, nicht als gesetzlicher Vertreter oder Geschäftsführer, sondern kraft der in Notfällen ihm obliegenden ärztlichen Verpflichtung. Der Ortsarmenverband, für welchen der Arzt die Verbindlichkeit erfüllt hat, ist somit nicht allein zum Ersatz der Aufwendungen, sondern auch zur Zahlung eines angemessenen Honorars verpflichtet. Bezüglich der Ortsarmenverbände hat übrigens der Bundesrat entschieden, daß auch mittellosen Lungenkranken die Kur in einer Lungenheilstätte zu gewähren ist.

Die Impfärzte werden für einen Impfbezirk von der Regierung ernannt. Jeder Bundesstaat ist in eine Anzahl Impfbezirke eingeteilt.

Doch steht es jedem Arzt frei Impfungen vorzunehmen, wenn er den gesetzlichen Vorschriften nachkommt.

Im Mobilmachungsfall sind die Ärzte von der Überlassung der zur Ausübung des Berufs notwendigen Pferde sowie von Vorspannleistungen für die bewaffnete Macht befreit.

Viele Gemeinden sind in neuerer Zeit dazu übergegangen, zur Überwachung der Schulen und ihrer Insassen besondere Schulärzte anzustellen. Allerdings untersteht die Aufsicht aller öffentlichen und privaten, der Regierung unterstehenden Schulen in gesundheitlicher Beziehung dem Kreisarzt. Aber schon die Beurteilung von Neubauten und Umbauten, die Verhütung der Übertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen, sowie die damit verknüpften Fragen der Eröffnung und Schließung, und alle die anderen Aufgaben sind so groß, daß für andere wichtige Fragen der ärztlichen Schulaufsicht dem Kreisarzt nicht genügend Zeit zur Verfügung steht.

Weiter soll der Kreisarzt die schulhygienischen Bestrebungen (Ferienkolonien, Kindergärten) unterstützen und anregen, soll zur Ermittlung von Typhuserkrankungen nach Genehmigung der Eltern Blutuntersuchungen veranstalten usw. Es bleiben aber noch genügend Aufgaben für besondere Schulärzte, wie das nach den Erfahrungen in Wiesbaden auch der Ministererlaß vom 18. Mai 1898 zeigt, der beweist, daß weder mit den Hausärzten noch mit den Lehrern oder der Aufsichtsbehörde Konflikte eingetreten sind.

Die Aufgabe der Schulärzte in Wiesbaden besteht in folgendem:

1. in der Untersuchung der neu eintretenden Schüler auf ihre Körperbeschaffenheit und ihren Gesundheitszustand, zum Zweck eventueller Ausschließung von einzelnen Fächern und Zuweisung besonderer Plätze;
2. über die der Überwachung Bedürftigen eine ärztliche Kontrolle auszuüben;
3. zeitweisem Besuch der Klassen, Abhaltung von Sprechstunden zur Untersuchung verdächtiger Kinder;
4. auf Antrag des Schulleiters einzelne Kinder bezüglich berechtigter Schulversäumnis in der Wohnung zu untersuchen;
5. in der Untersuchung der Schulräume bez. Lüftung, Reinigung, Heizung, Beleuchtung und anschließenden Berichten;
6. Teilnahme an Schulhygienekommissionen und an Versammlungen der Lehrer.

Sodann dürfte die zweckmäßige Einrichtung der Schulbänke im Verhältnis zur Größe der Kinder ein Gegenstand sein, dem das ärztliche Interesse zuzuwenden ist. Zweckmäßig erscheint es auch, über jedes

Kind einen Gesundheitsschein zu führen, in welchen von seiten des Arztes und des Lehrers Eintragungen zu machen sind. Schon heute spielen bei Erkrankungen nach Unfall und bei Invalidität Fragen an die früheren Lehrer über die Gesundheitsverhältnisse des ehemaligen Schülers eine Rolle. Das wird zweifellos noch zunehmen und in der Beurteilung mancher Erkrankungen und sozialer Fragen eine große Bedeutung erlangen.

Auf dem Deutschen Ärztetag in Halle ist außerdem eine Unterweisung in der Gesundheitspflege für ältere Schüler und für Fortbildungsschulen seitens der Ärzte als erforderlich erklärt worden. Auch das Interesse der Lehrer zu wecken, und ein Unterricht derselben in der Ausbildungszeit dürfte zweckmäßig sein. Immer ist aber dabei ins Auge zu fassen, daß der Kurpfuscherei nicht etwa Vorschub geleistet werden soll.

Daß den Schulärzten infolge des Einblicks in die sozialen Verhältnisse der Kinder und der Eltern eine ganz besondere Anregung erwächst, den vorhandenen Übelständen entgegenzutreten und die Mitarbeit von Gemeinden und Privaten hierfür anzuregen, ergibt sich aus Artur Hartmanns Jahresbericht über die Berliner Schulärzte.

Die Einrichtung von Brause-, Wannen- und Schwimmbädern, von Sport- und Spielplätzen, die Frage nach sachgemäßer Ernährung der Kinder, die eventuelle Einrichtung von Waldschulen und Erholungsstätten, sind große Gebiete, auf denen ein Schularzt sich um die Hygiene des Volkes große Verdienste erwerben kann. Indem er durch die Kinder einen Einblick in die häuslichen Verhältnisse gewinnt, kann er auch vielfach auf soziales Elend aufmerksam machen.

Die geplante Speisung von 3000—4000 Kindern der Berliner Volksschulen, welche weder ein ausreichendes Frühstück noch Mittagbrot erhalten, dürfte ein erfreuliches Zeichen dieses Eingreifens sein.

Eine noch nicht abgeschlossene Frage ist es, ob der Schularzt seine Tätigkeit im Nebenamt oder als Hauptamt ausüben soll. Es wird in dieser Beziehung wohl viel von den örtlichen Verhältnissen abhängen.

Auf alle Einzelheiten in dieser kurzen Übersicht einzugehen, ist unmöglich. Ich muß also diejenigen Herren, welche der Beruf nach dieser Richtung in Anspruch nimmt, auf die Spezialwerke verweisen. Eine gute Übersicht gibt das schulhygienische Taschenbuch von Fürst und Pfeiffer, die Berichte von Hartmann, Stephani und der oben erwähnte Bericht von Wiesbaden.

Daß auch der Privatarzt häufig in die Lage kommt, seinen Klienten Zeugnisse behufs Dispens von der Schulpflicht, von gewissen Unterrichtsstunden zu erteilen, bedarf kaum einer Betonung. Bei allen diesen

Zeugnissen ist größte Sorgfalt und Begründung durch die Wahrnehmung des Arztes geboten.

Kinder, welche an Chorea, Epilepsie, Hysteroepilepsie, an Tussis convulsiva, an ekelerregenden und an ansteckenden Erkrankungen leiden, sind vom Schulbesuch fernzuhalten.

Außer dem Schularzt sind an dieser Stelle die Bahnärzte zu nennen. Die Funktionen*) dieser sind insofern nicht gleichartig, als dieselben teilweise Ärzte der Betriebskrankenkasse, teilweise der Beamten oder der Beamtenkrankenkasse sind. Die Betriebskrankenkasse umfaßt alle nicht beamteten Arbeiter und Hilfsbedienstete und steht mit den auf Grund des Krankenversicherungsgesetzes bestehenden Kassen auf gleicher Stufe. Versuchsweise ist an einzelnen dieser Betriebskrankenkassen die freie Arztwahl eingeführt. Im Eisenbahndirektionsbezirk Elberfeld besteht in Düsseldorf eine beschränkte freie Arztwahl unter einer Zahl von neunzehn Ärzten, von welchen elf seitens des ärztlichen Vereins vorgeschlagen, acht von der Direktion bestimmt sind. Das Honorar beträgt für das Jahr und den einzelnen Arbeiter vier Mark, für die Familie zwölf Mark. Die mittleren und unteren Beamten des äußeren Eisenbahndienstes werden, nach Bezirken eingeteilt, von besonders ernannten Bahnärzten unter den gleichen Honorarsätzen behandelt. Diese Bahnärzte sind als Vertrauensärzte der Direktion, besonders gehalten, auf die sanitären Verhältnisse der Anvertrauten sowie auf ihre Dienstfähigkeit zu achten, Berichte zu erstatten, Untersuchungen auf das Hör- Seh- und Farbenunterscheidungsvermögen vorzunehmen, Samariterkurse zu halten, Hilfszüge zu begleiten und die Aufsicht über das Rettungswesen bei Unglücksfällen zu führen. Für diese und für andere besondere Leistungen sind bestimmte Honorarsätze festgesetzt. Die deutschen Bahnärzte haben sich zu einem besonderen Verband vereinigt, der unter Leitung von Geheimen Sanitätsrat Dr. Schwechten (Berlin W 35, Derfflingerstraße 5) steht.

Neben diesen Bahnärzten gibt es noch andere, welche mit den Krankenkassen der Bureaubeamten ärztliche Hilfe vereinbart haben.

Eine ähnliche Stellung wie die Bahnärzte haben die Postvertrauensärzte. Sie haben die Tauglichkeit der Bewerber zum Post-, Telegraphen- und Fernsprechdienst, sowie die Arbeitsunfähigkeit der Pensionsbewerber zu prüfen, die Diensträume, und auf Wunsch der Behörde die Einwirkung gewisser Einrichtungen auf die Gesundheit (Radfahrdienst usw.), zu untersuchen und Gutachten über hygienische Fragen zu erstatten. Weiter fällt ihnen die Nachuntersuchung von zweifelhaften Krankheitsfällen und die ärztliche

*) Ich verdanke die genauere Orientierung auf diesem Gebiet Herrn Sanitätsrat Dr. Dormann in Düsseldorf.

Behandlung der in ihrem Bezirk vorhandenen Unterbeamten zu, falls diese es wünschen. Die Oberpostdirektion in Elberfeld hat unter Aufhebung der Stelle eines Postvertrauensarztes im Oktober 1907 die freie Arztwahl auch bei der Post eingeführt.

Auch die Knappschaftsärzte, d. h. die Ärzte an Krankenkassen, welche auf Grund berggesetzlicher Vorschriften errichtet sind, haben vielfach die Besonderheiten der Berufstätigkeit eingehend zu berücksichtigen. Übrigens sind diese Differenzen nicht so groß, um eine Ausnahmestellung gegenüber anderen Kassenärzten zu begründen. Man könnte höchstens anführen, daß, dem Bergwerksbezirk entsprechend, die Knappschaftsärzte meist räumlich getrennt voneinander wohnen und vielfach besondere ärztliche Vertrauenspersonen sind.

Die von Städten mit eigener Polizeiverwaltung vielfach angestellten Polizei- und Stadtärzte haben im allgemeinen die gleichen Funktionen wie der staatliche Kreisarzt. Durch die Stadtärzte (in Hamburg Verwaltungsphysikus) haben die Kommunen manche hygienischen und sozialen Pflichten übernommen, welche in früherer Zeit der ideale Sinn von freiwilligen ärztlichen Vereinigungen in Verbindung mit opferwilligen und begeisterten Staatsbürgern geleistet hat. Auch heute ist dieser Geist unter den deutschen Ärzten nicht erloschen.

Von derartigen Vereinigungen nenne ich an erster Stelle den Deutschen Ärzteverein, mit dem wir uns noch eingehender zu beschäftigen haben, den Deutschen Verein für öffentliche Gesundheitspflege, den Deutschen Verein für Schulgesundheitspflege, die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung des Kurpfuschertums, den Niederrheinischen Verein für öffentliche Gesundheitspflege, die Vereine für öffentliche Gesundheitspflege in Braunschweig, Hannover, Magdeburg, Nürnberg, den Verein für Volkshygiene, die Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, den Verein gegen den Mißbrauch alkoholischer Getränke, den Deutschen Samariterbund.

Eine Anzahl von Vereinen, welche auf dem Gebiet der Wohlfahrtspflege tätig sind, haben außerdem im Jahre 1891 unter Beteiligung preußischer Ministerien eine Zentralstelle für Wohlfahrtseinrichtungen geschaffen, die seit 1906 auf Antrag des Grafen Douglas als Zentralstelle für Volkswohlfahrt mit öffentlich rechtlichem Charakter existiert. Dieselbe gibt eine Halbmonatsschrift „Concordia" heraus, mit einem besonderen gewerbehygienischen Teil. Die Geschäftsstelle befindet sich: Berlin SW 11, Dessauerstraße 14. Das Zusammenfassen aller volkshygienischen Bestrebungen verdient jedenfalls ein besonderes Interesse und eine Teilnahme der Ärzte.

Alle diese Vereine, deren Name schon zum Teil das Arbeitsgebiet angibt, haben sich große Verdienste um das öffentliche Wohl

erworben. Wenn heute die deutschen Städte und Gemeinden in vieler Beziehung als mustergültig dastehen, so verdanken sie es diesen Bestrebungen und weitblickenden Verwaltungen. Gewiß gibt es auch heute einzelne rückständige Städte, aber die Schäden in der Verwaltung treten heute infolge sorgfältigerer Beobachtung und Bekämpfung der epidemischen Krankheiten, infolge leichteren Nachweises sozialer Mißstände rascher zutage und veranlassen eine Remedur. Alle diese Einrichtungen, alle Wohlfahrtsanstalten und die Bedingungen zur Benutzung muß der Arzt aber kennen, wenn er den Kranken aus allen Klassen der Bevölkerung gerecht werden will.

An allen Fortschritten der Hygiene haben die Ärzte einen hervorragenden Anteil. Ich nenne aus jüngster Zeit nur die Fürsorge- und Beratungsstellen für Tuberkulöse, die Einrichtungen für Säuglingsfürsorge und Mutterberatung, die Milchhallen.

Nach dem Vorangegangenen dürfen wir hoffen, daß auch in Zukunft die deutschen Ärzte ihre idealste Aufgabe, die Prophylaxe der Krankheiten nicht außer acht lassen werden.

M. H.! In Ihrem Berufe, Kranke zu behandeln, kommen Sie am häufigsten mit dem Apotheker in Berührung. Berücksichtigen Sie stets, daß ein friedliches Zusammenarbeiten mit dem in verantwortungsvoller Tätigkeit stehenden Herrn ein nobile offizium ist, und daß es einen schlechten Eindruck macht, wenn an einem kleinen Orte Arzt und Apotheker in unerfreulicher Fehde liegen. Der Arzt darf auch keine Apotheke besonders vorschlagen und empfehlen, noch weniger hat er die Befugnis, den Apotheker wegen angeblicher Fehler in der Apotheke zu rügen. Der Apotheker steht bezüglich der Ausführung der Verordnungen unter der Aufsicht des zuständigen Medizinalbeamten (Medizinalrats bei der Regierung oder Kreisarztes).

Krankenhäusern und einzelnen Ärzten, welche fern von Apotheken sich befinden, kann die Einrichtung einer Hausapotheke durch den Regierungspräsidenten erteilt werden.

Für jeden Arzt ist es von Wichtigkeit, die Vorschriften bezüglich der Verordnung von einfachen Arzneimitteln und von starkwirkenden Arzneimitteln zu kennen, zu wissen, daß flüssige Arzneien zum inneren Gebrauch nur in runden Gläsern mit Zetteln von weißer Grundfarbe, flüssige Arzneien zu äußerem Gebrauch nur in sechseckigen Gläsern, an welchen drei nebeneinander liegende Flächen glatt, und die übrigen mit Längsrippen versehen sind, mit Zetteln von roter Grundfarbe abgegeben werden dürfen.

Weiterhin muß er die im Handverkauf zur Verfügung stehenden Mittel kennen, die Rechte des Drogenhandels berücksichtigen. Die billige Beschaffung mancher Arzneimittel ist für den in der Kassenpraxis

tätigen Arzt eine wichtige Aufgabe. Eine „ökonomische Verordnungsweise für Kassenärzte" ist vom Leipziger Verband herausgegeben.

Auch mit den Hebammen ergeben sich für den Arzt viele Berührungspunkte. Die Hebammen werden in besonderen Hebammenlehranstalten ausgebildet und erhalten auf Grund eines Prüfungszeugnisses die Berechtigung zur Tätigkeit in dem betreffenden Staate, in welchem sie geprüft sind. Von den Hebammen Preußens hat ein Teil als Bezirkshebammen ein gewisses Diensteinkommen und erhält Instrumente, Geräte, Bücher, Desinfektionsmittel vielfach geliefert, ist aber dafür zur unentgeltlichen Leitung der Entbindung bei Armen des Bezirks verpflichtet.

Die Hebamme hat ein Tagebuch zu führen, in welches ein etwa zur Entbindung zugezogener Arzt die geleistete Kunsthilfe und sonstige Bemerkungen unter Namensunterschrift einzutragen hat. Die Hebamme darf niemals für die Zuziehung eines bestimmten Arztes werben oder von einer solchen abraten. Sobald der Arzt in Tätigkeit tritt, wird die Hebamme seine Gehilfin. Innere Komplikationen der Schwangerschaft und der Geburt, insbesondere Erkrankungen, Blutungen, verpflichten die Hebamme, einen Arzt zuzuziehen, ebenso fieberhafte Erkrankung der Wöchnerin, Geschwürbildung an den äußeren Geschlechtsteilen und eine Anzahl anderer Störungen des normalen Ablaufs von Geburt und Wochenbett. Bei Erkrankungen der Neugeborenen, insbesondere bei Augenentzündung, ist sofort der Arzt zu benachrichtigen.

Die Hebammen unterstehen der Beaufsichtigung des Kreisarztes; alle beruflichen Verfehlungen sollen die Ärzte im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege anzeigen. Außer den Hebammen gibt es besondere Wochenbettpflegerinnen. In bezug auf Verhütung und Verschleppung von Kindbettfieber sind dieselben den Hebammen gleichgestellt. Wir kommen bei der Bekämpfung ansteckender Erkrankungen darauf noch zurück.

Sehr häufig tritt an den Arzt die Aufgabe heran, für gute Pflege der ihm anvertrauten Kranken zu sorgen. In dieser Hinsicht stehen den Ärzten neben Privatpersonen die verschiedensten Helfer zur Verfügung; allerdings ist die Auswahl an dem einzelnen Ort häufig beschränkt. Nach Professor Zimmer (Zeitschr. f. Krankenpfleger 1904/05) gibt es in Deutschland nahezu 40000 Krankenpflegerinnen. Die größte Zahl machen die der Gründung nach ältesten, die katholischen Orden, mit 45% aus. Dann folgen die Diakonissinnen mit 30%, während die Verbände vom Roten Kreuz etwa 5%, der von Professor Zimmer gegründete Diakonieverband 2% stellen.

Für die Verwendung in der allgemeinen Krankenpflege scheiden der von mir ins Leben gerufene Schwesternverein der Hamburgi-

schen Staatskrankenanstalten (1893) und der Schwesternverein für die Berliner Krankenhäuser (Professor von Renvers) aus. Es bleiben dann die verschiedenen Verbände barmherziger Schwestern, die Diakonissenhäuser, meist zum Kaiserswerter Verband gehörend, die Krankenpflegerinnen des Badischen Frauenvereins, das Sophienhaus in Weimar, der Verband deutscher Krankenpflegeanstalten vom Roten Kreuz, der Bayrische Zweig des Vaterländischen Frauenvereins, der evangelische Diakonieverein (Zehlendorf bei Berlin), der Deutsche Frauenverein für Krankenpflege in den Kolonien, die Krankenpflegerinnen des Charitasverbandes für das katholische Deutschland, der Verein für jüdische Krankenpflegerinnen zu Frankfurt am Main, die katholischen barmherzigen Brüder und Alexianer, die evangelischen Diakonen (Horn bei Hamburg), der Gewerkverein der Krankenpfleger, Pflegerinnen und verwandter Berufe (Berlin Z 54, Alte Schönhauser Straße 12 I), der Deutsche Krankenpflegerbund mit dem Sitz in Berlin, sowie die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen Deutschlands (Berlin W 50, Nürnberger Straße 22), welche die keinem engeren Verbande angehörigen Pflegerinnen unter bestimmten Satzungen vereinigt.

Außerdem bestehen noch sogenannte freie Standesvereine der Masseure, Krankenpfleger, Pflegerinnen, Wochenbettpflegerinnen, Heilgehilfen.

Die Krankenpflege umfaßt zwar viele und teilweise ausgedehnte Organisationen, aber nicht in allen Verbänden und bei allen einzelnen ist die Ausbildung eine befriedigende. Es sind deshalb in jüngster Zeit seitens des Bundesrats Vorschriften für die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen erlassen, die hoffentlich eine wesentliche Besserung dieser Verhältnisse im Gefolge haben.

Daß die Invalidenversicherung die Bestrebungen, auf dem Lande ausgebildete Krankenpflege zu besitzen, erfolgreich unterstützt hat, hat früher schon Erwähnung gefunden. Aufgabe der Ärzte ist es, sich die Pflegerinnen möglichst zu Helferinnen heranzuziehen. Dann darf es aber der Arzt an gelegentlichem Unterricht (Repetition und Weiterbildung) nicht fehlen lassen. Daß gewisse Schranken zur Bekämpfung des eigenmächtigen Kurierens notwendig sind, ist selbstverständlich.

Gelegentlich muß der Arzt für die Pflege seiner Kranken auch staatlich geprüfte Heilgehilfen und Masseure bezw. Heilgehilfinnen und Masseusen heranziehen. Diese erhalten auf Grund einer vor dem zuständigen Kreisarzt abgelegten Prüfung ein Befähigungszeugnis.

Weiterhin sind die von Prof. von Esmarch ins Leben gerufenen Samaritervereine zu erwähnen, die Männer und Jünglinge zur ersten Hilfe bei plötzlichen Erkrankungen und Unglücksfällen ausbilden. Es soll sich bei der Ausbildung nur um erste Hilfe handeln. Der

Unterricht wird von Ärzten erteilt. Eine Bedeutung hat die Ausbildung des Samariterwesens vor allem für den Krieg.

Durch die Gewerbeordnung sind die gesetzlichen Beschränkungen in der Ausübung der Heilkunde aufgehoben. Wenn man bei der Aufhebung des sogenannten Kurpfuschereiverbotes die Hoffnung hegte, die fortschreitende Volksbildung werde auf die Kurpfuscherei vermindernd einwirken, so sind diese Erwartungen gründlich getäuscht worden. Der Hang zum Wunderbaren, und der Wunsch nach Unerreichbarem sind den meisten Menschen angeboren. Dieses Bedürfnis haben Schwindel und raffinierte Reklame reichlich erkannt und ausgenutzt. Ist doch die Zahl der Heilgewerbetreibenden in Preußen von 4104 im Jahre 1902, auf 6137 im Jahre 1905 gestiegen. Allerdings gehen von diesen die Personen, welche sich mit Zahntechnik, niederer Chirurgie, Massage usw. beschäftigen, in der Zahl von 3927, ab. Es bleiben aber immer noch über 2000 Personen, welche den Kurpfuschern zugerechnet werden müssen. Trotz mancher, wegen fahrlässiger Körperverletzung erfolgter Bestrafungen scheint das Gewerbe noch recht einträglich zu sein.

Alle möglichen, teilweise mit Gefängnis vorbestrafte, raffinierte Personen. Phantasten und Menschen, die als primar Verrückte zu bezeichnen sind, stürzen sich auf eine der vorliegenden oder eine andere phantastische Heilmethode und ziehen häufig unter den wütendsten Angriffen auf die sogenannte Schulmedizin mit ausgedehnter Reklame und unter Unterstützung geistesschwacher Laien alle möglichen Kranken an sich. Dabei kommt es natürlich vor, daß Krankheiten mit Behandlungsmethoden traktiert werden, welche den Tod des Betreffenden zur Folge haben.

Unterstützt wurde der Erfolg teilweise dadurch, daß der Unterricht der Ärzte in der therapeutischen Technik ein unvollständiger war und zeitweise ein therapeutischer Nihilismus herrschte. Auch die Behörden haben lange Zeit gezögert, den schweren Schädigungen des Volkes durch die Kurpfuscher energisch entgegenzutreten. In neuerer Zeit hat sich in dieser Beziehung ein erfreulicher Wandel vollzogen.

Daß Apothekern, Hebammen und staatlich geprüften Heilgehilfen die Ausübung der Heilkunst verboten ist, bedarf kaum einer besonderen Betonung. Gegen Drogenhändler kann nach § 35 der GewO. und einem Erlaß der preußischen Minister eingeschritten werden, insofern durch Verkauf von Arzneien die rechtzeitige Anrufung eines Arztes verzögert oder verhindert wird. Weiterhin kann bei reklamehafter Anpreisung das Reichsgesetz zur Bekämpfung des unlauteren Wettbewerbs, vom 27. Mai 1906, in Anwendung kommen. Von diesem kommt vor allem der § 4 in Betracht, insofern jeder, der wissentlich unwahre und zur Irreleitung geeignete Angaben in tatsächlicher Art über seine Erfolge

verbreitet, mit Geldstrafe bis zu 1500 Mk. bestraft werden kann. Die Strafverfolgung tritt nur auf Antrag ein; doch hat jeder Arzt das Recht, Strafantrag zu stellen. Außerdem sind durch Ministerialerlaß öffentliche Anzeigen von nicht approbierten Personen, welche die Heilkunde gewerbsmäßig ausüben, verboten, sofern sie über Vorbildung, Befähigung oder Erfolge dieser Personen zu täuschen geeignet sind, oder prahlerische Versprechungen enthalten. Das gleiche ist bezüglich Vorrichtungen, Methoden oder Mitteln bestimmt, welche zur Heilung von Menschen- oder Tierkrankheiten angepriesen werden.

Weiterhin kann wegen fahrlässiger Tötung oder Körperverletzung gegen Kurpfuscher vorgegangen werden. In dieser Beziehung ist eine Reichsgerichtsentscheidung, vom 26. Mai 1900, von Wichtigkeit; dieselbe führt aus: wer sich der ärztlichen Behandlung Kranker unterzieht, ohne die dazu nötige wissenschaftliche Ausbildung genossen zu haben, handelt unter Hintenansetzung der pflichtmäßigen, für solche Beschäftigung notwendigen Aufmerksamkeit, d. h. fahrlässig.

Dem Kreisarzt ist eine besondere Aufmerksamkeit auf Kurpfuscher und ihre Handlungen zur Pflicht gemacht. Durch einen Erlaß des Medizinalministers, vom 28. Juni 1902, ist weiter bestimmt, daß Personen, welche, ohne approbiert zu sein, die Heilkunde gewerbsmäßig ausüben wollen, dies vor Beginn des Gewerbebetriebes dem Kreisarzt unter Angabe der Wohnung und der Personalverhältnisse mitzuteilen haben. Weiterhin sind öffentliche Vorstellungen von Magnetiseuren und Suggestoren verboten.

Am schwierigsten erscheint die Bekämpfung der unter dem Namen Naturheilmethode betriebenen Kurpfuscherei. Leider beteiligen sich an dieser auch viele Lehrer und aktive und pensionierte Beamte (Offiziere). Da es sich hierbei vielfach um Verunglimpfungen der staatlichen Maßnahmen gegen Seuchenverbreitung, um fahrlässige, wenn nicht direkt als unwahr zu erweisende Reklame und ähnliche Machinationen handelt, so ist ein Vorgehen gegen Beamte auf disziplinarem Wege nicht unangebracht. Bei den übrigen Personen können nur die schon oben angegebenen Maßnahmen in Betracht kommen.

Dreizehnte Vorlesung.

Arzt und Gewerbehygiene.

(Ackerbau und Industrie, Tuberkulose und Fleischnahrung, gesetzlicher Gewerbeschutz, jugendliche Arbeiter und verheiratete Frauen, Staubkrankheiten, chemisch schädlicher Staub, Tabakindustrie, Bleivergiftung, Phosphor, Quecksilber, Arsenik, Schwefelkohlenstoff, Nitrobenzol, Phosphoroxychlorid), Ankysostomum duodenale, Glasbläser.)

M. H.! Omnes vita et labore consumimur.

Mehr oder weniger rasch werden wir alle durch den Ablauf der Lebensvorgänge und die Schädigungen des Berufes aufgebraucht. Es ist Ihnen ja bekannt, daß das durchschnittliche Lebensalter der Ärzte 51—52 Jahre beträgt, während die evangelischen Geistlichen und die ruhigen gelehrten Berufe ein Durchschnittsalter von 66 Jahren aufweisen. Dabei ist noch zu berücksichtigen, daß diejenigen, welche sich dem ärztlichen Beruf widmen, meist von kräftiger Körperbeschaffenheit sind. Neben der angeborenen Energie und den Schädigungen durch die Tätigkeit, durch ansteckende Erkrankungen kommt naturgemäß der Mißbrauch von Genußmitteln als wirksamer Faktor in der Begrenzung des Lebens hinzu. In letzterer Beziehung sei nur auf die hohe Mortalität der Wirte, der Kellner und Kellnerinnen hingewiesen. Es ist naturgemäß, daß die Umgestaltung der Nation von einer wesentlich ackerbautreibenden zu einer industriellen nicht ohne Folgen für die Gesundheit geblieben ist. Allerdings ist ein Vergleich der Lebensdauer und Krankheiten in einzelnen Berufen stets dadurch erschwert, daß der Faktor der angebornenen Körperbeschaffenheit nicht entsprechend berücksichtigt werden kann. Aber in einzelnen Berufen lassen sich die Schädigungen so deutlich verfolgen, daß man diesen Faktor teilweise außer acht lassen kann. Das muß schon der einfachen Erfahrung sofort auffallen, wenn man in Gegenden, welche sowohl landwirtschaftlichen Betrieb, als auch gefährdende industrielle Beschäftigung aufweisen, die Lebensdauer in den verschiedenen Berufen vergleicht. Zunächst ist schon die Arbeit in geschlossenen Räumen, welche von Staub nicht frei zu halten sind, dem Menschen schädlich, sodann alles

das, was die Menschen in gemeinschaftlicher Arbeit in großen oder kleinen Räumen an Schädlichkeiten zusammenschleppen, und unter diesen als gefährlichster Faktor die Keime von übertragbaren Krankheiten. Unter den letzteren fällt zuerst die früher noch nicht als ansteckend betrachtete Lungentuberkulose auf. Allerdings beginnt in England schon im Anfang des neunzehnten Jahrhunderts, in den Hansastädten um die Mitte desselben, ein Rückgang der Lungentuberkulose, fast parallel dem größeren Fleischkonsum verlaufend; aber in den stark bevölkerten Industriegegenden Deutschlands ist von diesem Rückgang zunächst nichts zu bemerken. Es fehlten zunächst auch Maßnahmen der Staatsverwaltung, die in der Folge auf Grund des allgemeinen Landrechts seitens der Verwaltungsorgane getroffen wurden. Später regelte die Gewerbeordnung mit den anschließenden Verordnungen und Erlassen die Errichtung und den Betrieb industrieller Unternehmungen. So wurde die Genehmigungspflicht eingeführt für alle gewerblichen Anlagen, welche schwer vermeidbare Belästigungen, durch Ruß, Rauch, üble Gerüche, starke Geräusche, Verunreinigung des Grundwassers und Feuers- sowie Explosionsgefahr mit sich bringen. Auch der Betrieb der Dampfkessel wurde an bestimmte Vorschriften (Speisungsvorrichtungen, Wasserstandsanzeiger, Sicherheitsventil, Manometer, Fabriksschild) geknüpft. Dann gab das Unfallversicherungsgesetz den beteiligten Betriebsunternehmern das Recht, allgemeine und spezielle Vorschriften zum Schutz der Beschäftigten zu geben.

Von Wichtigkeit sind zunächst die Bestimmungen der Gewerbeordnung über die Arbeitsruhe an Sonn- und Festtagen, über Ausnahmen davon in Notfällen und im öffentlichen Interesse, weiterhin:

§ 120a. Die Gewerbeunternehmer sind verpflichtet, die Arbeitsräume, Betriebsvorrichtungen, Maschinen und Gerätschaften so einzurichten und zu unterhalten und den Betrieb so zu regeln, daß die Arbeiter gegen Gefahren für Leben und Gesundheit soweit geschützt sind, wie es die Natur des Betriebes gestattet.

Insbesondere ist für genügendes Licht, ausreichenden Luftraum und Luftwechsel, Beseitigung des bei dem Betrieb entstehenden Staubes, der dabei entwickelten Dünste und Gase, sowie der dabei entstehenden Abfälle Sorge zu tragen.

Ebenso sind diejenigen Vorrichtungen herzustellen, welche zum Schutz der Arbeiter gegen gefährliche Berührungen . . . . . erforderlich sind.

§ 120b. Die Gewerbeunternehmer sind verpflichtet, diejenigen Einrichtungen zu treffen und zu unterhalten und diejenigen Vorschriften über das Verhalten der Arbeiter im Betriebe zu erlassen, welche erforderlich sind, um die Aufrechthaltung der guten Sitten und des Anstands zu sichern.

§ 120c. Gewerbeunternehmer, welche Arbeiter unter 18 Jahren beschäftigen, sind verpflichtet, bei der Einrichtung der Betriebsstätte und bei der Regelung des Betriebs diejenigen besonderen Rücksichten auf Gesundheit und Sittlichkeit zu nehmen, welche durch das Alter dieser Arbeiter geboten ist.

§ 120e. Durch Beschluß des Bundesrats können Vorschriften darüber erlassen werden, welchen Anforderungen in bestimmten Arten von Anlagen . . . . . zu genügen ist.

Soweit solche Vorschriften durch Beschluß des Bundesrats nicht erlassen sind, können dieselben durch Anordnung der Landeszentralbehörde oder durch Polizeiverordnungen . . . . . erlassen werden.

Durch Beschluß des Bundesrats können für solche Gewerbe, in welchen durch übermäßige Dauer der täglichen Arbeitszeit die Gesundheit der Arbeiter gefährdet wird, Dauer, Beginn und Ende der zu gewährenden Pausen vorgeschrieben . . . . . werden.

Nach § 135 dürfen Kinder unter 13 Jahren in Fabriken nicht beschäftigt werden, Kinder über 13 Jahre nur dann, wenn sie nicht mehr zum Besuche der Volksschule verpflichtet sind. Die Beschäftigung von Kindern unter 14 Jahren darf die Dauer von sechs Stunden täglich nicht überschreiten, junge Leute zwischen 14 und 16 Jahren dürfen in Fabriken nicht länger als zehn Stunden beschäftigt werden und müssen regelmäßige Pausen zwischen den Arbeitszeiten erhalten. Am Sonnabend und an Tagen vor Festen dürfen Arbeiterinnen nicht nach $5^1/_2$ Uhr nachmittags beschäftigt werden. Durch Gesetz vom 23. März 1903 wurde die Kinderarbeit in fremden und eigenen Betrieben erheblich eingeschränkt, die Beschäftigung in theatralischen und öffentlichen Schaustellungen verboten usw.

§ 139a. 1. Der Bundesrat ist ermächtigt: die Verwendung von Arbeiterinnen sowie von jugendlichen Arbeitern für gewisse Fabrikationszweige, welche mit besonderen Gefahren für Gesundheit oder Sittlichkeit verbunden sind, gänzlich zu untersagen oder von besonderen Bedingungen abhängig zu machen.

Durch Bekanntmachung des Reichskanzlers, vom 28. November 1906, ist auch die Einrichtung von Sitzgelegenheit für Angestellte in offenen Verkaufsstellen angeordnet.

Das Reichsgesetz betreffend Kinderarbeit, vom 30. März 1903, bestimmt sodann im § 2:

„Als Kinder im Sinne dieses Gesetzes gelten Knaben und Mädchen unter 13 Jahren, sowie solche Knaben und Mädchen über 13 Jahre, welche noch zum Besuche der Volksschule verpflichtet sind."

Die Beschäftigung von Kindern ist in vielen Betrieben, welche Gefahren in sich schließen, auch im Gastwirtschaftsbetrieb verboten.

Auf Grund dieser Gesetze und einer großen Zahl von Verordnungen, welche einzelne Fabrikationszweige betreffen, ist heute der Gewerbebetrieb geregelt. Die Aufsicht führen neben den Polizeibehörden besondere Gewerbeaufsichtsbeamte, die möglichst in Verbindung mit den Beamten des Kreises (Kreisarzt, Kreisbaumeister) die Fabrikaufsicht führen sollen. Die Zahl der Gewerbeaufsichtsbeamten ist seit den siebziger Jahren des vorigen Jahrhunderts von 14 auf 420 im Jahre 1905 gestiegen. Für die Forderungen in gesundheitlicher Beziehung ist naturgemäß eine besondere Mitwirkung des Arztes erwünscht. Für viele Betriebe ist eine ärztliche Untersuchung vor Beginn der Beschäftigung vorgeschrieben, so in Anlagen, welche mit Blei, Quecksilber, Phosphor, Akkumulatoren, Chromaten, Thomasschlacke zu tun haben, weiter für jugendliche Arbeiter von 16—18 Jahren bei der Beschäftigung in Walz-, Hammerwerken, Glashütten, teilweise auch in Bergwerken und auf Zinkhütten.

Für viele Betriebe ist eine regelmäßig wiederkehrende Untersuchung angeordnet, worauf wir im Detail noch zu sprechen kommen.

Auch die erlaubte Beschäftigungsdauer ist für viele Betriebe geregelt worden, Gehilfen und Lehrlinge in Bäckereien und Konditoreien dürfen nur 12—13 respektive 10—11 Stunden beschäftigt werden. In den offenen Verkaufsstellen, Schreibstuben und Lagerräumen muß den Beschäftigten nach der täglichen Arbeitszeit mindestens eine ununterbrochene Ruhepause von zehn Stunden gewährt werden (Ges. v. 30. Juni 1900). Weiterhin ist die Beschäftigung von Arbeiterinnen und jugendlichen Arbeitern (14—16 Jahren) geregelt in den Anlagen zur Herstellung elektrischer Akkumulatoren aus Blei, in Anlagen der Thomasschlacke, Werkstätten mit Motorbetrieb, Vulkanisierungsanstalten, Glashütten, Rohzuckerfabriken, Steinbrüchen, Walzwerken, Anlagen zur Herstellung von Präservativs, Bleifarben, Bleihütten, Ziegeleien, Zigarrenfabriken. Einzelne Regierungsbezirke haben noch besondere Verordnungen.

Die Arbeitszeit erwachsener Arbeiter ist beschränkt in Akkumulatorenfabriken, Anlagen für Thomasschlackenmehl, Vulkanisierungsanstalten und Arbeiten mit Giftstoffen.

Die Arbeitsräume sollen im allgemeinen einen genügend großen Luftraum für den einzelnen Menschen enthalten, doch bestehen nur für wenig Betriebe Detailvorschriften, sollen möglichst genügendes Tageslicht (etwa $^1/_3$ der Wandfläche soll Fenster sein), eine Temperatur von 18—20° C haben und in Nebenräumen ausreichend erwärmte Wasch- und Baderäume, eventuell auch Ankleide- und Eßräume, enthalten, sowie für 25 Arbeiter einen gesundheitlich entsprechenden und sauberen Abortsitz.

Die Betriebsstätte muß von allen Verunreinigungen und Abfällen

freigehalten werden, ebenso die übrigen Räume. In vielen Betrieben ist es zweckmäßig, getrennte Aus- und Ankleideräume einzurichten und nach dem Ablegen der Arbeitskleidung und vor dem Ankleiden ein Bad nehmen zu lassen. Eine wichtige Aufgabe der Zukunft bleibt es, die Tätigkeit der verheirateten Frauen in Fabriken zu regeln. Daß diese überhaupt unbeschränkt zugelassen werden, entspricht weder der Bedeutung, die wir einem geregelten Hauswesen für den Arbeiter zuerkennen, noch der Sorge für die nachkommende Generation. Hier müßte das Zeugnis einer Kommission unter Mitwirkung eines Arztes erfordert werden, welches auf Grund der Beantwortung bestimmter Fragen (über die völlige Gesundheit, über fehlende Schwangerschaft, anderweitige genügende Versorgung des Hausstandes) sich dafür oder dagegen ausspricht, daß die Frau im Fabrikbetrieb beschäftigt wird.

Auch bezüglich des Schutzes von jugendlichen Arbeitern von 16 bis 18 Jahren durch entsprechende Arbeitspausen und den Zwang, diese in frischer Luft zuzubringen, sind noch weitere Maßnahmen erwünscht. Nicht alle Schäden der Fabrikbetriebe, besonders die aus den Schornsteinen entströmenden Dämpfe mit schwefliger Säure usw., der Rauch und Ruß, welcher Sonne und gute Luft raubt, lassen sich leicht beseitigen. Aber diese Seiten gehören der allgemeinen Hygiene an, die sich neuerdings vielfach bemüht, den vorhandenen Schäden entgegenzuarbeiten.

In dem Betriebe selbst entfalten aber einzelne Zweige der Fabrikation besondere Gefahren für die darin Beschäftigten.

Ich nenne zunächst die durch Inhalation von Staub usw. bedingten Gefahren. Je feiner dieser ist, je mehr er Gelegenheit hat in die Tiefen der Bronchien einzudringen, um so größer ist die Gefahr einer Ernährungsstörung in diesen und eines anschließenden meist tuberkulösen Zerstörungsprozesses der Lungen. Es ist aber von hohem Interesse, daß einzelne Staubarten, wie Kohle und Ruß, verhältnismäßig gut ertragen werden, während andere, wie der Staub von weichem Sandstein und Porzellan, von Eisenschleifereien, außerordentlich schädlich sind. Schädlich, wenn auch in geringerem Grade, ist der Staub im Mühlenbetrieb, in Bäckereien, in Spinnereien, Webereien und ähnlichen Anlagen. Sodann gibt es gewisse Staubarten, die zum Teil mechanisch reizen, zum Teil auch chemische Einwirkungen entfalten. Hierzu dürften an erster Stelle der bei der Tabakbearbeitung entstehende Staub gehören, sodann der Staub von Thomasschlacke, von Chromaten, von Grauwacke. Der § 120a der Gew.O. bestimmt in seinem zweiten Absatz, daß bei Gewerbebetrieben für genügendes Licht, ausreichenden Luftraum und Luftwechsel, Beseitigung des bei dem Betriebe entstehenden Staubes, der dabei entwickelten Dünste und Gase, sowie der dabei entstehenden Abfälle Sorge zu tragen ist.

Es ist also für jeden einzelnen Betrieb besonders festzustellen, in welcher Weise der Schutz zu gestalten ist. Für die Metallschleifereien kommen an erster Stelle das Vermeiden von Trockenschleifen und der Ersatz durch Naßschleifen, sowie Absaugevorrichtungen an den Schleifsteinen in Betracht. Für die Bearbeitung von weichem Sandstein, der einmal durch seine scharfkantigen und spitzen Staubpartikelchen und sodann durch die leichte Zerstäubung seine Gefahren entfaltet, ist ebenfalls das Behauen unter Zufuhr von Wasser der beste Schutz, gegenüber Porzellanstaub die möglichste Anfeuchtung des Materials, und sodann die allgemeinen, später zu besprechenden Schutzmaßregeln. Das gleiche gilt für Glasschleifer, Achatschleifer. Unter den weiter genannten Staubarten ist der Mehlstaub am wenigsten gefährlich, führt aber im Laufe der Zeit meist zu Lungenemphysem, bedenklicher ist der Staub in Spinnereien und Webereien, teils durch die Beimengungen, teils durch Beschaffenheit der verarbeiteten Faser, am schlimmsten in Kunstwollfabriken, Lumpensortierereien, Roßhaarspinnereien und Gewerben, welche Haare, Borsten und ähnliches verarbeiten. Während in den Spinnereien und Webereien die Bronchien leiden und eventuell die Lungen an Tuberkulose erkranken, kommen in letzteren auch Übertragungen von Milzbrand, Pocken und anderen Infektionskrankheiten vor.

Für alle diese Betriebe kommt die Anfeuchtung des Materials und eventuell Einfetten, Einölen in Betracht. Sodann ist nach Möglichkeit der Handbetrieb durch maschinelle Einrichtungen zu ersetzen, besonders wo es sich um Staubbildung durch Zerkleinerung des Materials handelt, so daß die Arbeiter mit dem Staub nicht in nahe Berührung kommen.

Die dritte Aufgabe besteht in der Fernhaltung des Staubes, indem die staubentwickelnden Maschinen dicht umkleidet und Exhaustoren zur Entfernung des Staubes angebracht werden, in welchen ein andauernder Minderdruck den Staub absaugt. Da wo Handarbeit wesentlich benutzt wird, wie bei der Zigarrenfabrikation und in Tabakfabriken, ist eine Umkleidung von Maschinen und Materialien unmöglich; das gleiche gilt in manchen großen Holzbearbeitungsfabriken, wo Handarbeit nicht entbehrlich ist. Aber auch hier läßt sich durch zweckmäßige Absaugevorrichtungen an jedem Arbeitstisch und entsprechende Zufuhr guter Luft viel leisten. In Spinnereisälen und Webereien kann man nicht an jedem Arbeitsplatz, wohl aber an vielen Stellen des Fußbodens oder in dessen Nähe den Staub absaugen und von der Decke aus reine, eventuell vorgewärmte und angefeuchtete Luft einführen.

In derartigen Räumen soll der Fußboden dicht und eben, die Wände glatt, und beide abwaschbar sein. In einzelnen Betrieben hat man auch versucht, Fußboden und Wände mit Öl zu bestreichen.

Weiterhin sollen in allen Betrieben mit giftigem Staub Arbeitsanzüge und Mützen während der Arbeit verwendet werden, bei hautreizenden und schädigenden Stoffen Einfetten oder Benutzung wasserdichter Handschuhe oder entsprechenden Schuhzeuges stattfinden.

Sodann müssen die Arbeiter auf Reinlichkeit des Körpers und der Kleidung, auf die Benutzung von Waschräumen, warmen Bädern, Brausebädern aufmerksam gemacht werden. In gefährdenden Betrieben sollte auf 20—25 Arbeiter eine Badegelegenheit bestehen.

Speisen und Getränke sollen in die Arbeitsräume nicht mitgebracht oder dort genossen werden. Spirituosen sind möglichst zu verbieten, aber Trinkwasser und eventuell auch Kaffee oder Milch zur Verfügung zu stellen. Rauchen, Schnupfen, Tabakkauen muß in den meisten Arbeitsräumen verboten werden. Das Ausspucken auf den Fußboden oder die Wände ist streng zu verbieten; dafür sind in der Höhe von einem Meter über dem Boden Spucknäpfe anzubringen, welche am besten mit der Kanalisation in direkter Verbindung stehen.

Eine der wesentlichsten Aufgaben ist aber die regelmäßig wiederholte Untersuchung der Arbeiter und ihre Belehrung durch Wort und Drucksache. Es erscheint vielfach unbegreiflich, wie leichtsinnig die Arbeiter den Gefahren des Betriebes gegenüber sich verhalten. Hier wird nur eine bessere Schulbildung, sowie eine häufig wiederholte Belehrung durch Ärzte, die Presse und Flugblätter Wandel zu schaffen vermögen.

Von den Giften, welche in Gewerben und im Leben dem Menschen die größten Gefahren bringen, ist an erster Stelle das Blei zu nennen. Seine Verwendung ist allerdings durch die Gesetze vom 25. Juni 1887 und 5. Juli 1887 in bezug auf Gebrauchsgegenstände und Nahrungsmittel stark eingeengt, immerhin gehören Bleivergiftungen keineswegs zu den Seltenheiten.

Schon bei der Gewinnung von Blei aus seinen Erzen sowie in Zinkhütten sind die Arbeiter durch Bleirauch (einem Gemisch von flüchtigem Blei, anderen Metallen und Säuren) gefährdet, weiterhin in den Bleifarben- und Bleizuckerfabriken, durch Bleichromate, durch Herstellung von Bleiglasur und die entstehenden Bleidämpfe, durch Benutzung von Bleifarben, bei der Herstellung von Akkumulatoren, in Schriftgießereien, Buchdruckereien, in Emaillierwerken, bei Herstellung von bleihaltigen Verschlüssen, Legen von Bleirohren, beim Feilenhauen auf Bleiunterlagen. Aber alle möglichen Betriebe, in denen Blei verwendet wird (Glasfabriken, Lötereien, Papierfabriken, Verarbeitung bleihaltiger Spitzen, Haare, Strohhüte) können Veranlassung zur Bleivergiftung werden. Daß ein Ersatz des giftigen Bleies durch weniger giftige Metalle überall da erstrebt werden muß, wo eine Möglichkeit dazu vorhanden ist, versteht sich

von selbst. Sodann muß nach Kräften gesorgt werden, daß bei der Gewinnung und Verarbeitung von Blei die Dämpfe und der Staub möglichst von den Arbeitern ferngehalten werden. Es kann das durch Exhaustoren für die Dämpfe, durch hermetisch geschlossene Apparate und Räume mit Bleistaub, durch Verarbeiten von möglichst feuchtem Material geschehen. Da wo Bleistaub nicht zu vermeiden ist, sollen die Arbeiter Respiratoren oder Atmungsapparate, eine besondere Arbeitskleidung, Arbeitshandschuhe und Mützen, Schutz der Haut durch Einfetten benutzen. Die Arbeitszeit in gefährlichen Betrieben muß gekürzt, für Lufterneuerung gesorgt, eine regelmäßige ärztliche Aufsicht eingeführt werden.

Die Arbeiter dürfen an ihrer Arbeitsstätte keine Speisen und Getränke einnehmen, nicht mit beschmutzten Fingern in den Mund oder die Nase fahren und müssen nach Abschluß der Arbeit die Kleider zu entsprechender Reinigung ablegen, selbst aber eine gründliche Waschung, am besten ein Bad, mit Benutzung von weinsaurem Ammoniak und Reinigung von Mund und Nase vornehmen. Im Wasch- und Baderaum sind Bürste und Nagelreiniger durchaus erforderlich. Dann ziehen sie ihre andere Kleidung an und begeben sich zur Mahlzeit oder nach Hause. Eine gute Ernährung, besonders auch reicher Genuß von guter Milch ist als individueller Schutz zu empfehlen. Jugendliche Arbeiter und Frauen dürfen in Betrieben mit Gefahr der Bleivergiftung nicht beschäftigt werden.

Wie wenig die Arbeiter geneigt sind, sich der individuellen Hygiene zu unterziehen, konnte ich leider häufig beobachten. Es ist deshalb richtig, Kontrollpersonen aus dem Arbeiterstand mit der Beaufsichtigung zu betrauen. Da der Leichtsinn zu einer praktischen Schädigung der Krankenkassen führt, so könnten Vorstandsmitglieder der Kassen derartige Funktionen übernehmen. Weiterhin müssen gedruckte und mündliche Belehrungen immer wieder auf die Gefahren des Leichtsinns aufmerksam machen. Sodann ist die Arbeitszeit in gefährlichen Betrieben möglichst zu beschränken.

Der Phosphor, der bei der Fabrikation der älteren Phosphorzündhölzer Verwendung findet, entfaltet seine Schädigung vor allem durch Phosphordämpfe (Affektion der Zähne, Nekrose der Kiefer), seltener durch akute Vergiftung. Die Schutzmaßregeln gegen diese (Bekanntmachung vom 9. Mai, 8. Juli 1893, Reichsges. vom 13. Mai 1884) bestehen in Abführen der Phosphordämpfe, großem Luftraum für den einzelnen Arbeiter, Tragen eines Arbeitsanzuges oder einer Schürze, der Einrichtung von Aus- und Ankleidezimmern, Waschräumen, Speisezimmern. Kinder und jugendliche Personen dürfen nicht beschäftigt werden, die Arbeiter müssen vor der Beschäftigung ein Gesundheitszeugnis beibringen, daß sie nicht zu Kiefererkrankungen neigen und

sollen in jedem Vierteljahr ärztlich untersucht werden. Auch die individuelle Prophylaxe in Bezug auf Reinlichkeit, Ausspülen des Mundes mit Lösung von übermangansaurem Kali, Verbot des Essens in den Arbeitsräumen kommt in Betracht.

Das Quecksilber entfaltet seine wesentlichste Schädigung ebenfalls durch Quecksilberdämpfe, weniger durch Verstäubung des Metalls; es schädigt an erster Stelle die Verdauungsorgane, weiterhin das Nervensystem. Wir verdanken Kussmaul eine hervorragende Arbeit über den Merkurialismus. Durch sorgfältige Hygiene sind übrigens die Erkrankungen fast geschwunden. Die Arbeiter bedürfen zur Zulassung eines Gesundheitszeugnisses (Erlaß vom 9. Mai 1888); die Arbeitszeit ist im Sommer auf sechs Stunden, im Winter auf acht Stunden festgesetzt, mit einer zweistündigen Pause in der Mittagszeit. Alle 14 Tage findet eine Untersuchung jedes Arbeiters statt, die in ein Krankenbuch eingetragen wird. Jeder Arbeiter in dem nach Norden liegenden Belegraum muß einen Luftraum von 40 Kubikmetern, bei einer Lufterneuerung von 60 Kubikmetern pro Kopf und Stunde, haben; für die im Trockenraum Beschäftigten werden mindestens 30 Kubikmeter, bei 60 Kubikmetern Lufterneuerung, pro Stunde und Kopf gefordert. Bei einer Temperatur von 25° C in den Arbeitsräumen muß die Arbeit eingestellt werden. Arbeitskleider, Aus- und Ankleideräume, Badeeinrichtungen, eventuell mit Schwefelbädern, individuelle Hygiene sind auch hier erforderlich. Weiterhin ist künstliche Ventilation durch Motore vorgeschrieben. Ferner kann Quecksilber bei der Thermometer- und Barometerfabrikation, in Glühlampenfabriken, Zündhütchenfabriken, bei der Bearbeitung von Haaren und Fellen in Hutfabriken (Quecksilberbeize) Vergiftungen hervorrufen. Auch für diese Gefahren sind ähnliche Vorbeugungsmaßnahmen am Platze, aber nur bei der Glühlampenfabrikation (Verordnung vom 22. November 1888) vorgeschrieben.

Arsenik führt nach seiner Einschränkung (Gesetz vom 5. Juli 1887) bei der Verwendung als Farbe wesentlich auf Hütten noch zu Vergiftungen, teils als arsenige Säure, teils als Staub. Bei diesen Betrieben kommen Fernhalten von jugendlichen Arbeitern, Absaugung der Gase, Fernhalten des Staubes und individuelle Hygiene in Betracht. Vereinzelt kommen Arsenikvergiftungen durch Tapeten, giftige Kreiden, durch Verunreinigung von Wasserstofflammen usw. vor.

Das dem Arsenik verwandte Antimon spielt unter den gewerblichen Vergiftungen bisher keine Rolle, würde aber etwa ähnliche prophylaktische Maßnahmen verlangen wie ersteres.

Schwefelkohlenstoff ruft vor allem in Gummifabriken chronische Vergiftungen hervor (Reizung der Schleimhäute, Kopfschmerz, Schwindel, Erbrechen, Leibschmerzen, Verstopfung, nervöse Erscheinungen). Gegenüber diesen Schädigungen sind reichliche Ventilation der Vulkanisier-

räume, Exhaustoren, etwaige Erwärmung des Kautschuks in abgeschlossenen Räumen, Schutz der Hände und Vermeiden des Eintauchens der unbeschützten Hand, Reinhaltung des Fußbodens an erster Stelle erforderlich. Jugendliche Arbeiter und Arbeiterinnen, wenn überhaupt zugelassen, sollen höchstens $1^1/_2$ Stunden, Erwachsene höchstens zwei Stunden täglich in den Vulkanisier- und Trockenräumen tätig sein. Regelmäßige Untersuchung der Arbeiter ist dringend erforderlich, ebenso eine sorgfältige individuelle Prophylaxe.

Nitrobenzol ruft Beeinträchtigung der Atmung durch Methämoglobinbildung, Übelkeit, Leibschmerzen, sowie schwere nervöse Störungen (Kopfschmerz, Schwindel, Sprach- und Gangstörung, Tobsucht und Coma) hervor. Zur Vermeidung muß die Verdunstung von Nitrobenzol verhütet und für gute Ventilation gesorgt werden. Bespritzte Kleider sind zu wechseln. Essen und Trinken in den Fabrikräumen ist zu verbieten, sorgfältige Reinigung der Hände und des Körpers nach der Arbeit geboten.

Phosphoroxychlorid konnte ich vor kurzem als Ursache von Vergiftungserscheinungen (Affektion der Atmungsorgane, des Herzens, der Leber) nachweisen. Diese Fälle waren infolge von Störung im Betrieb durch Ausströmen des Gases aus dem Kessel verursacht. Eine sorgfältige Beaufsichtigung dieser ist ja durch die Gewerbeinspektion geboten. Aber mit dieser gemeinschaftlich sollten auch Vertrauensmänner aus den gefährdeten Betrieben arbeiten.

Zu den Gewerbekrankheiten möchte ich auch die Infektion mit Ankylostomum duodenale rechnen, die in Ziegeleien und besonders in Bergwerken so außerordentlich häufig ist und zu schweren Störungen führt. Sorgfältiges Reinhalten der Arbeitsfelder, Verbot des Trinkens aus Pfützen und unreinen Quellen, Ausschließung der erkrankten Arbeiter und der Träger von Ankylostomen und ihren Eiern sind die Maßnahmen, die hier in Betracht kommen.

In den Glashütten sind die Bläser vielfach stark gefährdet. Indem das Rohr mit der glühenden Glasmasse von Mund zu Mund zu weiterer Bearbeitung gereicht wird, werden Krankheitskeime, wie Tuberkulose, Syphilis und andere besonders leicht übertragen. Hier müßte bei der Zulassung zur Beschäftigung eine eingehende ärztliche Untersuchung und in der Folge eine ärztliche Überwachung statthaben.

Wie die Schädigungen durch den Ablauf des Lebens und seiner Zufälligkeiten sich kaum vermeiden lassen, so werden auch die Schädigungen durch Tätigkeit und Gewerbe der Menschen nie aufhören. Aber die sorgfältige Durchführung hygienischer Maßnahmen in früher außerordentlich gefährdeten Betrieben, wie in den Spiegelfabriken von Fürth und Nürnberg hat gezeigt, daß auch auf diesem Gebiet große Erfolge zu erzielen sind. Sollen diese auch in Betrieben anderer Art

erreicht werden, so bedarf es sorgfältiger Mitarbeit gut beobachtender Ärzte, bedarf es auch der Mitarbeit verständiger Arbeiter.

Es ist eine dankbare Aufgabe, auf diesem Gebiete zu arbeiten, gilt es doch, die Arbeitskraft des Volkes möglichst lange zu erhalten und eine möglichst gesunde und leistungsfähige Nachkommenschaft zu gewinnen.

Roth macht auf die Bedeutung der Arbeitsordnungen aufmerksam, die am besten in Gemeinschaft mit einem Arbeiterausschuß beraten und durch gewählte Vertrauensmänner kontrolliert werden. Auch hygienisch beratende Ärzte von Krankenkassen können viel nützen. Die Hauptsache bleibt eine hinreichende Beaufsichtigung. Daß die ärztliche Tätigkeit bei dieser vielfach noch unzureichend ist, hat häufig schon Erwähnung gefunden. Es wäre nicht unzweckmäßig, wenn Ärzte sich als Gewerbeinspektoren ausbilden ließen. In manchen Betrieben könnte auch eine Kommission, an der der Gewerbeinspektor, ein Arzt und ein Vertrauensmann der Arbeiter teilnehmen, von Nutzen sein. Allerdings müßte Vorsorge getroffen werden, daß etwaige Geheimnisse der Fabrikation geschützt bleiben.

Eine weitere Gefahr für die Arbeiter beruht, wie wir schon eingehend ausgeführt haben, in den mit dem Betrieb verknüpften Unfallgefahren. Die Gewerbeunfallstatistik beweißt, daß fast 30% der Unfälle durch Unvorsichtigkeit, Leichtsinn, Nichtbenutzung vorhandener Schutzvorrichtungen und ungeeigneter Kleider bedingt sind. Die Berufsgenossenschaften haben das Recht, Unfallverhütungsvorschriften zu erlassen und Betriebe zu überwachen, sowie dieselben je nach den Gefahren zu höheren Beiträgen für Unfälle heranzuziehen. Eine große Bedeutung kommt in dieser Beziehung den Schutzvorrichtungen an den Maschinen, der Kontrolle der Dampfkessel und Abschlußvorrichtungen, der Sicherung der Transmissionen, der elektrischen Leitungen, dem Signal- und Meldewesen, sowie den Anweisungen bei entstehenden Störungen und Unglücksfällen, zu. Eine weitere Rolle spielt die Auswahl der Arbeitskräfte für die einzelnen Posten, die Vorsorge gegen die Trunksucht, die Errichtung genügender Arbeitspausen. Auf diesen Gebieten kann auch der Arzt am besten in Verbindung mit dem Fabriksinspektor vieles leisten. Aber der Gegenstand ist doch so kompliziert, daß eingehende Studien notwendig sind.

Vierzehnte Vorlesung.

Arzt und Medizinalverwaltung.

(Der Arzt als Medizinalperson, Anzeigepflicht übertragbarer Krankheiten, Diagnose der Infektionskrankheiten, Untersuchungsinstitute, Zusendung infektiösen Materials, Bazillenträger, Isolierungsmaßnahmen, Wohnungen, Schulen, Kreisarzt, Gesundheitskommission, Medizinalrat, Minister der Medizinalangelegenheiten, wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen, Reichsgesundheitsamt.)

M. H.! Der Arzt vereinigt, wie ich schon früher ausgeführt habe, in seiner Person neben der Tätigkeit als Privatmann, der seine Kenntnisse und sein Können als gewinnbringende Beschäftigung ausübt, diejenige einer geprüften und dem Staate zu Diensten verpflichteten Medizinalperson. Diese Dienste beruhen auf der erteilten Approbation als Arzt, durch die ihm gewisse Pflichten auferlegt werden, welche auch dem Privatarzt bei gegebener Gelegenheit den Charakter eines öffentlichen Beamten verleihen.

Die wichtigsten ärztlichen Dienste gegenüber dem Staat bestehen in der Feststellung und der Prophylaxe übertragbarer Krankheiten. Welche Verheerungen diese bedingen, darauf im einzelnen einzugehen, würde zu weit führen, es sei nur erwähnt, daß nach der preußischen Statistik im Jahre 1875 nicht weniger als 27,6% durch Infektionskrankheiten gestorben sind. Fünfundzwanzig Jahre später machte die Zahl der Todesfälle nur noch 17,2% aus. Daß mit diesen Zahlen die Bedeutung der Infektionskrankheiten für Gesundheit und Wohlfahrt des Volkes nicht erschöpft ist, wird von Kirchner mit Recht betont. Es sei nur an den schwarzen Tod, die Lungenpest, erinnert, welche von 1348—1349 die ganze damals bekannte Welt durchzog und außer dem Tod von 24 Millionen Menschen, ebenso wie andere schwere Epidemien, politische Folgen von großer Bedeutung hatte. Aber auch moderne Infektionskrankheiten, wie Cholera, Typhus und besonders die Tuberkulose, haben eine volkswirtschaftliche Bedeutung, die noch nicht überall voll gewürdigt ist.

Die erste Anregung zu einer modernen, auf wissenschaftlichen Erfahrungen sich aufbauenden Bekämpfung der Seuchen ging von der

Choleraepidemie der Jahre 1892—94 aus, nachdem schon früher die Cholera Veranlassung zur Ausarbeitung eines Seuchengesetzes gegeben hatte. Sie knüpfte an an die Entdeckung des Cholerabazillus durch Robert Koch und an die großen Entdeckungen dieses Forschers und seiner Schüler auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten.

Am 30. Juni 1900 erlangte das Reichsgesetz betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten Gesetzeskraft. Dieses Gesetz regelte nur die Bekämpfung epidemischer Krankheiten, Aussatz, Cholera, Fleckfieber, Pest, Pocken, und überließ die Bekämpfung der übrigen übertragbaren Krankheiten der Landesgesetzgebung. Nachdem sodann die verschiedenen Ausführungsbestimmungen des Bundesrats und die preußischen Ausführungsbestimmungen hinzugekommen, wurde durch das preußische Gesetz betreffend die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905, nebst den dazu erlassenen Ausführungsbestimmungen vom 7. Oktober 1905, der Gegenstand im allgemeinen geordnet. Anweisungen zur Bekämpfung jeder einzelnen Krankheit wurden gleichzeitig gegeben.

Anzeigepflicht.

Das Reichsgesetz bestimmt:

jede Erkrankung und jeder Todesfall von Aussatz (Lepra),
„ „ „ „ „ „ Cholera (asiatischer),
„ „ „ „ „ „ Fleckfieber (Flecktyphus),
„ „ „ „ „ „ Gelbfieber,
„ „ „ „ „ „ Pest (oriental. Beulenpest),
„ „ „ „ „ „ Pocken (Blattern),

sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

Nach dem preußischen Gesetz ist außerdem:

jede Erkrankung und jeder Todesfall an Diphtherie (Rachenbräune),
„ „ „ „ „ „ Genickstarre,
„ „ „ „ „ „ übertragb. Kindbettfieber (Wochenbett-,Puerperalfieber),
„ „ „ „ „ „ Körnerkrankheit (Granulose, Trachom),
„ „ „ „ „ „ Rückfallfieber (Febris recurrens),
„ „ „ „ „ „ übertragbarer Ruhr (Dysenterie),

jede Erkrankung und jeder Todesfall an Scharlach (Scharlachfieber),
„ „ „ „ „ „ Typhus (Unterleibstyphus),
„ „ „ „ „ „ Milzbrand,
„ „ „ „ „ „ Rotz,
„ „ „ „ „ „ Tollwut (Lyssa),
sowie Bißvergiftungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, jeder Fall von Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, Trichinose der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen.

Weiterhin ist jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzuzeigen, sowie der Wohnungswechsel eines Erkrankten dieser Art.

Die Anzeigepflicht der oben genannten Krankheiten erstreckt sich auch auf jeden verdächtigen Fall und betrifft an erster Stelle naturgemäß den Arzt, sei es als Privatarzt, sei es als leitenden Arzt einer Krankenabteilung. Erst wenn dieser nicht vorhanden, kommen weitere Verpflichtete in Frage, so der Haushaltungsvorstand, jede sonst mit der Behandlung oder Pflege beschäftigte Person, der Hauswirt und der Leichenschauer. Nicht anzeigepflichtig sind Influenza, Keuchhusten, Malaria, Rose (anzeigepflichtig in Braunschweig), Beri-Beri (anzeigepflichtig in Bremen), Blennorrhoe der Neugeborenen (anzeigepflichtig in Anhalt, Lippe und-Bremen).

Wechselt der an anzeigepflichtiger Erkrankung Leidende den Aufenthaltsort oder die Wohnung, so ist dieses unverzüglich der Polizeibehörde anzuzeigen.

Den Ärzten werden in neuerer Zeit von den Polizeibehörden Formulare zugesandt, welche teils in der Form von Postkarten, teils von Kartenbriefen durch die Post versandt werden. Ein gedrucktes Verzeichnis des zu Meldenden gestattet dem Arzt durch Unterstreichung des betreffenden mit wenig Mühe der gesetzlichen Pflicht zu genügen.

Der Arzt wird sich naturgemäß möglichst bemühen, die Diagnose der Erkrankung sicherzustellen. In gleicher Weise muß die Polizeibehörde unter ungesäumter Hinzuziehung des Kreisarztes alles tun, durch die erforderlichen Untersuchungen die Diagnose zu sichern, wobei für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Erkrankung befallen oder bedroht sind, auch eine polizeiliche Leichenöffnung angeordnet werden kann. Weiterhin hat der beamtete Arzt das Recht, an Ort und Stelle Ermittlungen anzustellen und alle zur Anzeige verpflichteten Personen um Auskunft zu ersuchen. Auch der Zutritt zu dem Kranken ist dem beamteten Arzt gestattet, falls hieraus keine Schädigung für den Kranken erwächst, worüber der behandelnde Arzt sich zu erklären hat.

Ist Gefahr im Verzuge, so können schon vor Feststellung einer sicheren Diagnose die später zu besprechenden Maßnahmen gegen Seuchenverbreitung bei krankheitsverdächtigen Personen Anwendung finden. Doch muß der Polizeibehörde hiervon sofort Mitteilung gemacht werden.

Die Diagnose der Infektionskrankheiten, deren Anzeige das Gesetz vorschreibt, ist heute durch die bakteriologische Untersuchung auf der einen Seite beträchtlich erleichtert, auf der anderen Seite erschwert worden. Nach der Entdeckung der Krankheitserreger und nach der ermöglichten Kultur auf festen Nährboden konnte man ursprünglich denken, daß jeder praktische Arzt in der mikroskopischen und bakteriologischen Technik eine Ausbildung erfahren könne, welche es ihm ermöglichte, die Untersuchungen selbst mit Erfolg auszuführen. Aber im Laufe der Zeit erwies es sich, daß das ganz unmöglich war. Nicht allein der Mangel an Zeit, auch die fortschreitende Verfeinerung der Untersuchungstechnik mit Zuhilfenahme von komplizierten Tierversuchen und schwierigen Färbungen, ließ in der Hand des praktischen Arztes und ohne Laboratorium ein sicheres Resultat nicht erwarten.

Es blieb also nichts übrig, als besondere Institute einzurichten, welche nicht an erster Stelle Lehr- und Forschungszwecken dienten, sondern den praktischen Anforderungen des täglichen Lebens angepaßt waren. Insbesondere mußte nach dem Stand der Gesetzgebung, welche die Vornahme bakteriologischer Untersuchungen bei Lepra, Cholera, Diphtherie, übertragbarer Genickstarre, Milzbrand, Pest, Rotz, Rückfallfieber, übertragbarer Ruhr und Typhus erforderte, auch für entsprechende Möglichkeiten gesorgt werden. Dazu kommt, wie Kirchner*) mit Recht sagt, daß auch die Diagnose Malaria, Schlafkrankheit, Syphilis, Tripper und Tuberkulose ohne mikroskopische resp. bakteriologische Untersuchung nicht mehr mit Sicherheit gestellt werden kann.

Zur Erfüllung dieser Aufgaben wurden zuerst alle größeren Krankenanstalten mit entsprechenden bakteriologischen Laboratorien ausgestattet. Aber in diesen fanden nur die im Krankenhaus befindlichen Fälle ihre Untersuchung. Das gleiche war bei der Militärverwaltung der Fall, die schon früh die große Bedeutung der bakteriologischen Diagnostik erkannte und an dem Sitz des General- oder Divisionskommandos hygienische Untersuchungsstellen in den betreffenden Garnisonlazaretten für ihre Mannschaften einrichtete. Für die Krankheitsfälle der Privatpraxis war aber nicht offiziell gesorgt. Das Institut für Infektionskrank-

*) Kirchner, Die Errichtung staatlicher Medizinaluntersuchungsämter in Preußen. Ärztl. Sachverständ.-Zeitung 1907, Nr. 14.

heiten in Berlin trat zum Teil bei größeren und gefahrdrohenden Epidemien, wie Pest und Cholera, ein, war aber naturgemäß den Riesenaufgaben nicht gewachsen, welche die ganze Monarchie brachte.

Deshalb wurden von seiten des Kultusministeriums zunächst bei einer Anzahl von Regierungen bakteriologische Untersuchungsstellen eingerichtet; diese wurden in der Folge zum Teil in besser dotierte und leistungsfähigere Medizinaluntersuchungsämter umgewandelt. Derartige Ämter befinden sich in Düsseldorf, Gumbinnen, Hannover, Coblenz, Liegnitz, Magdeburg, Münster, Potsdam, Stettin, Stade, während in Breslau, Bromberg, Marienwerder, Osnabrück, Sigmaringen, Trier und Wiesbaden die alten Medizinaluntersuchungsstellen erhalten blieben.

Sodann wurden durch das Entgegenkommen der hygienischen Universitätsinstitute auch diese in Halle, in Göttingen, Breslau, Berlin, Bonn, Greifswald, Kiel und Marburg den gleichen Zwecken dienstbar gemacht; außerdem wurden in Posen, in Beuthen in Oberschl. hygienische Institute ins Leben gerufen und an dem Institut für Infektionskrankheiten in Berlin, an dem Institut für experimentelle Therapie in Frankfurt a. M., besondere Abteilungen zur Ausführung bakteriologischer Untersuchungen errichtet. Weiterhin wurde in Gelsenkirchen ein Institut für Hygiene und Bakteriologie eingerichtet, sowie Typhusuntersuchungsanstalten in Idar, Neunkirchen, Saarbrücken, Saarlouis und Trier. Auch in größeren Städten Preußens wurden nach dem Vorbild von Hamburg Untersuchungsämter errichtet, so in Danzig, Cöln, Dortmund, Düsseldorf, Charlottenburg, Altona, Stettin und Berlin.

Kirchner-Berlin hat zur Entnahme von einzusendendem Untersuchungsmaterial bei F. u. M. Lautenschläger in Berlin besondere Apparate herstellen lassen, in denen verschiedene für die betreffende Krankheit wichtige Absonderungsstoffe gleichzeitig an die Institute versandt werden können. Diese und ähnliche für die Entnahme und Einsendung fertigen, mehr oder weniger großen Gefäße werden in den Apotheken an alle Ärzte abgegeben. Sie befinden sich in Leinwandbeuteln, welche den Aufdruck der betreffenden Krankheit — D, G, R, Tu, Ty — und die Aufschrift „Vorsicht, infektiöses Material" tragen, sowie die Adresse der für den betreffenden Bezirk zuständigen Untersuchungsanstalt und außen an dem Gefäß eine Anweisung zur Entnahme des Materials und einen Schein zur Ausfüllung durch den Einsender. Die Untersuchungsanstalten haben das Ergebnis der Untersuchung auf jeden Fall dem Einsender, bei positivem Ausfall der Untersuchung auch dem beamteten Arzt mitzuteilen.

Bei Diphtherie genügt die Entnahme von Rachenschleim, und ein Gefäß, bei Tuberkulose kommt der Lungenauswurf, der Harn und

eventuell der Stuhl in Betracht, bei Ruhr: Stuhl sowie Blutprobe zur Vornahme der Agglutination, bei Typhus: Stuhl, Harn und Blut, bei der übertragbaren Genickstarre: Rachenschleim, Blut, Liquor cerebrospinalis, bei Milzbrand: Lungenauswurf, Eiter, Darminhalt.

Die übrigen Bundesstaaten haben die Universitätsinstitute mit den betreffenden Untersuchungen beauftragt. Doch ist die Angelegenheit noch nicht überall geregelt.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß die rationelle Bekämpfung der Infektionskrankheiten nur auf dem Wege einer sorgfältigen bakteriologischen Untersuchung möglich ist. In der Hamburger Choleraepidemie haben wir zuerst die Erfahrung gemacht, daß auch anscheinend völlig gesunde Menschen Träger der Cholerakeime und Verbreiter der Seuche sein können. Die gleiche Erfahrung hat sich bei einer systematischen Untersuchung der Typhusfälle, besonders im Südwesten der Monarchie feststellen lassen. Nur dadurch, daß man nicht allein jeden Fall einer übertragbaren Erkrankung, sondern auch jeden Fall, welcher den Verdacht eines solchen erregt, oder durch Zusammenleben mit Erkrankten Krankheitsträger ohne Krankheit sein könnte, eingehend untersucht, und Vorkehrungen gegen die Weiterverbreitung der Seuche trifft, ist eine rationale Hygiene möglich. Allerdings ist die Isolation der Bazillenträger nicht immer ganz leicht. Bei Cholera ist es mit Rücksicht auf die anerkannte Gefährlichkeit der Seuche am leichtesten, die energische Absonderung durchzuführen. Aber schon bei Fällen, welche als Typhusbazillenträger erkannt werden, monatelang Typhusbazillen ausscheiden, erheben sich prophylaktische Schwierigkeiten. Das gleiche gilt für jene Fälle, welche, ohne wesentliche Erkrankungserscheinungen darzubieten, Diphtheriebazillen im Rachen und der Nasenschleimhaut oft durch Monate beherbergen und ausscheiden. Ist bei diesen Fällen die eigentliche Krankheit überstanden, so kann nach Vereinbarung mit den Genesenen oder der zahlenden Krankenkasse ein längerer Aufenthalt im Krankenhaus und ein Versuch, die Bazillen zum Schwinden zu bringen, eingerichtet werden. Aber dieser gelingt nicht immer. Dann bleibt nichts übrig, als die Genesenen auf die notwendige Desinfektion der Ausleerungen aufmerksam zu machen, und von Zeit zu Zeit eine Kontrolluntersuchung zu veranlassen oder zu veranstalten. Die in jüngster Zeit ausgeführte Exstirpation der Gallenblase zur Entfernung des Typhusbazillenherdes wird sich kaum regelmäßig in solchen Fällen durchführen lassen.

Jedenfalls ist die Behörde nach dem Gesetz befugt, Kranke, krankheits- und ansteckungsverdächtige Personen einer Beobachtung zu unterziehen. Für solche Personen, die obdachlos und ohne festen Wohnsitz sind, kann auch eine Beschränkung des Aufenthaltsortes ein-

treten. Weiterhin kann eine Absonderung angeordnet werden, in der Art, daß der Kranke mit anderen als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzt oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt, und bei unvermeidbarer Zulassung anderer ebenfalls eine Verbreitung der Krankheit tunlichst verhindert wird. Außerdem kann der Kranke, falls die Absonderung zu Hause unmöglich ist, in ein geeignetes Krankenhaus überführt werden. Wohnungen und Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden. Auch krankheits- und ansteckungsverdächtige Personen können abgesondert werden. Doch dürfen dieselben nicht in demselben Raum mit kranken Personen untergebracht werden.

Sodann kann die Landesbehörde für befallene oder bedrohte Bezirke eine gesundheitliche Überwachung und die zur Verhütung der Seuchenverbreitung erforderlichen Maßregeln bezüglich Herstellung, Behandlung, Aufbewahrung und Vertrieb von seuchengefährlichen Gegenständen anordnen; die Ausfuhr von Gegenständen darf aber nur für Ortschaften verboten werden, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind. Auch die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, kann verboten oder beschränkt, die Schiffahrt, Flößerei usw. und die in ihr beschäftigten Personen können einer Überwachung unterstellt, gefährliche Gegenstände vom Transport ausgeschlossen werden. Jugendliche Personen, aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, können zeitweilig vom Schul- und Unterrichtsbesuch ausgeschlossen werden. Das hat unbedingt zu geschehen, wenn der Kranke nicht wirksam abgesondert werden kann.

Ist in einem Pensionat oder einem Schulgebäude bei einer dort wohnenden Person eine übertragbare Krankheit festgestellt, und eine Absonderung nicht möglich, so ist die Überführung in ein geeignetes Krankenhaus herbeizuführen. Gleichzeitig sind für die übrigen Insassen Vorsichtsmaßregeln (Mundspülen, prophylaktische Impfung bei Diphtherie, Kuhpockenimpfung) am Platz.

Auch die Schließung der Schule kann angeordnet werden. Dieses Recht steht allerdings nicht den Medizinalbeamten oder der Polizei zu, sondern in höheren Lehranstalten dem Direktor, bei Bürger-, Mittel- und Elementarschulen in Landkreisen dem Landrat, in Stadtkreisen dem Bürgermeister beziehungsweise in dessen Auftrag der Schuldeputation.

Während der Dauer oder unmittelbar nach dem Erlöschen der Krankheit in einem Internat soll der Anstaltsvorstand nur solche Zöglinge vorübergehend oder dauernd entlassen, welche nach ärztlichem Gutachten gesund und in deren Absonderungen die Erreger der

Krankheit bei der bakteriologischen Untersuchung nicht nachgewiesen sind.

Eine Schließung der Schule wegen einer Epidemie im Orte soll nur durch Entscheidung der Schulaufsichtsbehörde (Provinzialschulkollegium, Schulabteilung der Regierung) erfolgen, welche vorher den Kreisarzt zu hören hat. In dringenden Fällen kann allerdings der Vorsteher der Schule auf Grund eines ärztlichen Gutachtens vorläufige Schließung anordnen. Die Schließung der Schule oder einzelner Klassen kann aber nur bei dem epidemischen Bestehen folgender Krankheiten erfolgen: Diphtherie, Genickstarre, Keuchhusten, Masern, Mumps, Pest, Pocken, Röteln, Rückfallfieber, Ruhr, Scharlach und Typhus, dagegen nicht bei Körnerkrankheit. Vor Eröffnung der geschlossenen Schule hat eine gründliche Reinigung und Desinfektion stattzufinden.

Weitere Bestimmungen regeln die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Badeanstalten usw., die Behandlung und Desinfektion von Wohnungen, Reisegepäck und Handelswaren.

Für Gegenstände, welche infolge einer auf Grund des Gesetzes polizeilich angeordneten und überwachten Desinfektion derart beschädigt worden sind, daß sie zu ihrem bestimmungsgemäßen Gebrauch nicht weiter verwendet werden können, oder welche auf polizeiliche Anordnung vernichtet worden sind, ist auf Antrag Entschädigung zu gewähren. Der Anspruch auf Entschädigung wird abgewiesen, wenn der Besitzer entgegen einem Verbot dieselben eingeführt oder an sich gebracht hat, obwohl er ihre Verunreinigung mit Krankheitsstoffen kannte oder ihre Desinfektion unterließ. Wenn der Antragsteller aber den Verlust ohne Beeinträchtigung des für ihn und seine Familie notwendigen Unterhalts zu tragen vermag, fällt der Anspruch auf Entschädigung gleichfalls fort.

Die Durchführung dieser und anderer Bestimmungen wird durch hohe Strafen gegenüber den einzelnen Verfehlungen nach Möglichkeit gesichert. Ähnliche Strafen treffen auch Verfehlungen bei den Bestimmungen über einzelne Infektionskrankheiten, auf welche wir nur kurz eingehen wollen.

So können gegen die Verbreitung der Pest auch Maßregeln gegen Ratten und Ungeziefer angeordnet werden. Bei Aussatz können durch Anordnung des beamteten Arztes dem Kranken Schranken in der Benutzung öffentlicher Räume und öffentlichen Fuhrwerks auferlegt werden, eventuell auch die Isolierung in einem Lepraheim.

Bei dem Ausbruch von Pocken können Zwangsimpfungen angeordnet werden. Bei Kindbettfieber ist Hebammen oder Wochenbettpflegerinnen, welche bei einer Erkrankten tätig sind, jede anderweitige Tätigkeit untersagt. Auch nach Aufhören dieser Tätigkeit dürfen sie

erst nach einer Frist von acht Tagen und nach stattgehabter Desinfektion ihres Körpers, ihrer Wäsche, Kleidung usw. wieder tätig sein.

Für Ruhr und Typhus kommt das Verbot der Benutzung von Wasserversorgungsanlagen, der Räumung von Wohnungen usw. in Betracht. Bei epidemischem Auftreten von Typhus können ähnliche Isolierungsmaßnahmen angeordnet werden wie bei Cholera; bei Diphtherie kann die Überführung in ein Krankenhaus angeordnet werden, wenn nach Ansicht des Arztes eine Absonderung in der Wohnung nicht sicher bewerkstelligt werden kann. Menschen, welche Träger von Typhusbazillen oder Diphtheriebazillen sind, müssen auf die Gefahr aufmerksam gemacht und zu desinfizierenden Maßnahmen angehalten werden, wenn sie in Rücksicht auf Beendigung des Krankseins entlassen werden.

Jugendliche Personen aus Behausungen, in denen ansteckende Erkrankungen vorhanden sind, müssen vom Schulbesuch ausgeschlossen werden. Das gilt ganz besonders auch für Scharlach, Diphtherie, Masern, Röteln und Keuchhusten. Dieses Fernhalten von der Schule hat so lange zu erfolgen, als eine Weiterverbreitung der Krankheit aus den Behausungen durch sie zu befürchten ist. Nach den neueren Erfahrungen muß man auch Typhus und Genickstarre, eventuell auch Malaria zu den Erkrankungen rechnen, welche durch die Schule übertragbar sind.

Personen, welche an Körnerkrankheit leiden, können, wenn sie nicht glaubhaft nachweisen, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, zu einer solchen zwangsweise angehalten werden.

Gegen Tollwut ist die Absonderung kranker Personen geboten; es ist außerdem von Bedeutung, daß bei dem Königlichen Institut für Infektionskrankheiten eine Abteilung für Schutzimpfungen gegen Tollwut (bei Bissen tollwutverdächtiger Tiere) eingerichtet ist.

Bei Syphilis, Tripper und Schanker kann eine zwangsweise Behandlung der erkrankten Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, angeordnet werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

Ein besonderes Reichsimpfgesetz gibt sodann die Bestimmungen zum Schutz gegen die Pocken. Ich lasse aus diesem, wie aus den oben erwähnten Gesetzen einen Auszug der wichtigsten Paragraphen als Anhang folgen, da man im Einzelfall sich doch an der Hand der Gesetze orientieren muß.

Die Gesetzgebung gegen die Verbreitung übertragbarer Krankheiten betrifft den Arzt einmal als Privatarzt, der im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege Anzeige erstattet, und bei seinen Kranken und deren Angehörigen alle diejenigen Maßnahmen trifft, welche für beide notwendig sind, sie betrifft ihn aber auch insofern, als die Polizeibehörde jeden Arzt mit der Ermittelung von ansteckenden

Krankheiten betrauen kann und ihm weiter in Abwesenheit beamteter Ärzte die Anordnungen im öffentlichen Interesse in Gemeinschaft mit den betreffenden Behörden zufallen.

Für gewöhnlich fallen diese öffentlichen Aufgaben dem Kreisarzt oder beamteten Arzt zu.

Der zuständige Kreisarzt ist der staatliche Gesundheitsbeamte des Kreises und als solcher der technische Berater des Landrats. Als vollbesoldeter Kreisarzt darf er keine ärztliche Praxis ausüben mit Ausnahme von dringenden Fällen und von Konsultationen mit anderen Ärzten. Doch gibt es auch nicht vollbesoldete Kreisarztstellen, mit welchen die Erlaubnis der Privatpraxis verknüpft ist.

Die Aufgaben des Kreisarztes bestehen in der Teilnahme an den Beratungen der zuständigen Behörden in Angelegenheiten des Gesundheitswesens, in der Beobachtung der gesundheitlichen Verhältnisse des Kreises, sowie der aufklärenden Belehrung der Bevölkerung, in der Durchführung der Gesundheitsgesetzgebung, des Apotheken- und Hebammenwesens und in der Verpflichtung, Vorschläge zur Abstellung von Mängeln zu machen. Ist Gefahr in Verzug, so kann der Kreisarzt auch sofort die notwendigen Anordnungen treffen.

Der Kreisarzt soll es sich außerdem angelegen sein lassen, mit den nicht beamteten Ärzten seines Bezirks möglichst nahe wissenschaftliche und praktische Beziehungen zu unterhalten. Er hat bei der Vornahme von Untersuchungen, welche die Ermittelung übertragbarer und gemeingefährlicher Krankheiten betreffen, den behandelnden Arzt möglichst zuzuziehen.

An den Gesundheitskommissionen, welche in jeder Stadt über 5000 Einwohner zu bilden sind, nimmt der Kreisarzt mit beratender Stimme teil. Er kann auch die Berufung der Gesundheitskommission jederzeit verlangen. In Gemeinden mit 5000 oder weniger Einwohnern ist die Bildung eine fakultative.

Diese Kommission hat die Aufgabe:

1. von den gesundheitlichen Verhältnissen des Ortes durch gemeinsame Besichtigung sich Kenntnis zu verschaffen und die Maßnahmen der Polizeibehörde, insbesondere bei der Verhütung des Ausbruchs oder der Verbreitung gemeingefährlicher Krankheiten in geeigneter Weise zu unterstützen;
2. über alle ihr von dem Landrat, von der Polizeibehörde und dem Gemeindevorstande vorgelegten Fragen des Gesundheitswesens sich gutachtlich zu äußern;
3. den Behörden Vorschläge auf dem Gebiete des Gesundheitswesens zu machen.

Wie der Kreisarzt der technische Berater des Landrats ist, so ist der Regierungs- und Medizinalrat der technische Berater des Regierungspräsidenten auf dem Gebiet des öffentlichen Gesundheitswesens.

Außerdem hat der Oberpräsident in dem Provinzial-Medizinalkollegium eine beratende Kollegialbehörde zur Verfügung, die unter Vorsitz des ersteren aus sieben beamteten Ärzten und zwei Vertretern der Ärztekammer besteht.

Die höchste medizinische Behörde ist das Ministerium der geistlichen Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, dem als beratende Fachbehörde die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen beigegeben ist; diese besteht aus einem Direktor (in der Regel dem Direktor der Medizinalabteilung), vier Räten des Ministeriums, acht Professoren der Medizin, einem Professor der Chemie und einem Juristen als ordentlichen Mitgliedern, sowie zwölf außerordentlichen Mitgliedern als Vertreter der Ärztekammern.

Die wissenschaftliche Deputation ist einmal Prüfungsbehörde für die kreisärztliche Prüfung und sodann hat sie sowohl auf Anordnung des Ministers sich gutachtlich und obergutachtlich vom Standpunkt der medizinischen Wissenschaft aus zu äußern, als aus eigenem Antrieb Vorschläge zur Abstellung von Mängeln auf dem Gebiet der öffentlichen Gesundheitspflege zu machen.

Außerdem besteht von seiten des Reichs als Aufsichtsbehörde für Maßregeln der Medizinalpolizei das Reichsgesundheitsamt (unter dem Reichsamt des Innern), das durch die Arbeiten von R. Koch und seinen Schülern sich lange Zeit eines besonderen Ruhmes erfreute, sowie der Reichsgesundheitsrat, der aus einer großen Zahl ehrenamtlich berufener Männer besteht, um das Gesundheitswesen, die Gewerbehygiene, Seuchenbekämpfung usw. zu fördern.

Fünfzehnte Vorlesung.

Ärztekammern und ärztliche Ehrengerichtsbarkeit.

(Ärztliche Standesvertretung, Ärztekammer, Ärztekammerausschuß, Verhandlungsgegenstände der Ärztekammern und des Ausschusses, ärztliche Ehrengerichte und der Ehrengerichtshof, ärztliche Ethik, Strafen der Ehrengerichte, Berufstätigkeit, Verfehlungen gegen die Strafgesetze, ärztliche Atteste, Verweigerung ärztlicher Hilfe, Stellung eines Vertreters, Pflichten der Ärzte untereinander, Kämpfe um Verbesserung der Stellung, um freie Arztwahl, Notwendigkeit von Einigungskommissionen, dringende Krankheitsfälle, Abbruch der Standesbeziehungen zu Ärzten, Naturheilverfahren, Ansehen der Ärzte.)

Die Ärztekammern.

M. H.! Am 25. Mai 1887 ist durch Verordnung betreffend die Errichtung einer ärztlichen Standesvertretung einem lange gehegten und oft ausgesprochenen Wunsche der deutschen Ärzte Rechnung getragen. Schon auf den ersten Ärztetagen wurde diesem Wunsche Ausdruck gegeben; im Jahre 1882 wurde in dem Entwurf der Grundsätze einer deutschen Ärzteordnung der nachfolgende Passus mit größter Majorität angenommen: „Im Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege und des ärztlichen Standes sollen in allen deutschen Staaten ärztliche — vom Staate als beratende Korporation anerkannte — Standesvertretungen (Ärztekammern) eingerichtet werden."

Die Verordnung bestimmt, daß in jeder Provinz eine Ärztekammer zu errichten ist, die aus Wahlen der Ärzte (auf je 50 Wahlberechtigte ein Mitglied und ein Stellvertreter) hervorgeht. Jede Ärztekammer entsendet als Vertreter in das Provinzialmedizinalkollegium zwei, in die wissenschaftliche Deputation ein Mitglied. Weiterhin entsendet jede Ärztekammer ein Mitglied in den Ärztekammerausschuß.

Der Geschäftsbereich der Ärztekammern umfaßt die Erörterung aller Frager und Angelegenheiten, welche den ärztlichen Beruf oder das Interesse der öffentlichen Gesundheitspflege betreffen, oder auf die Wahrnehmung und Vertretung der ärztlichen Standesinteressen gerichtet sind.

Der Ärztekammerausschuß hat die Aufgabe, innerhalb der den Ärztekammern zugewiesenen Zuständigkeit eine vermittelnde Tätigkeit

auszuüben, und zwar sowohl zwischen dem Minister der Medizinalangelegenheiten und den Ärztekammern als auch zwischen diesen untereinander.

Insbesondere liegt demselben ob:

1. die Vorberatung der von dem Minister ihm überwiesenen Vorlagen; zu diesem Zweck hat er die Vorlagen den Ärztekammern zur Beratung und Beschlußfassung mitzuteilen, die Ergebnisse der Beratung und die Beschlüsse der Ärztekammern zusammenzustellen ..... und an den Minister gutachtlich zu berichten;
2. die Vorberatung der von einzelnen Ärztekammern oder von Mitgliedern des Ärztekammerausschusses an ihn gerichteten Anträge; zu diesem Zweck hat er die Anträge den Ärztekammern zur Beratung und Beschlußfassung mitzuteilen, nach den Ergebnissen der Beratung die Anträge im Sinne der Mehrheit der gefaßten Beschlüsse zu erledigen und hiervon die Ärztekammern zu benachrichtigen.

Außerdem werden die ärztlichen Ehrengerichte und der Ehrengerichtshof, worauf wir später noch eingehen, aus Mitgliedern der Ärztekammer und des Ärzteausschusses gebildet.

Diese staatliche Organisation des ärztlichen Standes hat im Laufe der Jahre eine reiche Tätigkeit auf allen Gebieten der ärztlichen Interessen entfaltet, und die Erwartungen, welche der Staatsminister von Goßler in seiner Zirkularverfügung vom 27. Mai 1887 vertrauensvoll aussprach, nicht getäuscht. Es würde zu weit führen, wollte ich auf alle Verhandlungsgegenstände, die wir teilweise schon kennen gelernt haben, nochmals eingehen. Ich greife nur einige wichtige Punkte heraus. So ist das ärztliche Unterstützungswesen, dank dem Umlagerecht der Kammer, in bessere Bahnen gelenkt worden. Ärzte, deren Witwen und unmündige Kinder werden im Fall der Bedürftigkeit von der Kammer unterstützt, in deren Bereich sie bei Eintritt der Bedürftigkeit wohnen. Bei Verziehen in einen neuen Kammerbezirk geht die Verpflichtung nach zwei Jahren auf diesen über. Doch handelt es sich bisher nur um Leistungen von Unterstützungskassen. Daß aus diesen in nächster Zeit Rechtskassen werden, ist bei dem geringen Vermögen der Kassen kaum zu erwarten.

Über Desinfektionsordnungen, Unterricht der Krankenpfleger und -pflegerinnen, Gebührenordnung für ärztliche Leistungen, Gutachten für Unfallberufsgenossenschaften und Invalidenversicherung haben eingehende mühevolle Beratungen, auch mit den Vertretern der Verwaltungsbehörden stattgefunden.

Die jetzige Stellung der Gefängnisärzte wurde als eine durchaus ungenügende befunden und Vorschläge zur Besserung der Stellung und

zum Schutz bei beruflichen Schädigungen gemacht. Auch die Bahnarztfrage war vielfach Beratungsgegenstand in den Ärztekammern und im Ärztekammerausschuß. Es unterliegt keinem Zweifel, daß aus allen diesen Verhandlungen Anregungen zur Besserung der Verhältnisse sich ergeben haben.

Die Kurpfuscherei und ärztliche Stellvertretung sind Gegenstand der Verhandlung und nützlicher Aussprache gewesen. Der Unterricht in der sozialen Medizin und Unfallheilkunde hat viele Kammern beschäftigt und Anregungen gebracht.

Die Verschmelzung der Arbeiterversicherungsgesetze hat in einzelnen Kammern sorgfältige, wenn auch keine abschließende Beratung erfahren.

In den letzten Jahren hat sich das Interesse vieler Kammern vorwiegend mit der Stellung der Ärzte zu den Krankenkassen beschäftigt. Diese Bestrebungen sind besonders dadurch erfolgreich geworden, als durch die Schaffung des Leipziger Verbandes und die rege Beteiligung der Ärzte ein einheitliches Vorgehen gegen schwere Mißstände möglich geworden war.

So sind die Vertragskommissionen, welche an Stelle des einzelnen Arztes die Verhandlungen mit den Krankenkassen über ärztliche Hilfe führen, die Verträge abschließen und die Ausführung teilweise überwachen, eine Schöpfung der Ärztekammern und des Ärztekammerausschusses. Daß dem Leipziger Verband als dem Schöpfer der Selbsthilfe ein hervorragendes Verdienst bei dieser Gestaltung zukommt, ist selbstverständlich. Die hannoversche Kammer hat eine Förderung des Ausbaues der Vertragskommissionen durch die Regierung beantragt, und Hartmann-Hanau hat in einer Denkschrift bestimmte Vorschläge in dieser Richtung niedergelegt.

Weiterhin haben die Ärztekammern und der Ärztekammerausschuß mit der rechtlichen Ausgestaltung der Vertragskommissionen sich beschäftigt. Die Ärztekammer für Hessen-Nassau stellte beim Ärztekammerausschuß den Antrag:

> eine Auslegung des § 9 der Königl. Verordnung vom 25. Mai 1887 dahin zu erwirken, daß den Ärztekammern die Befugnis zugestanden wird, zur Bewältigung derjenigen Geschäfte, die sie (und noch weniger die Ärztekammervorstände) zu bewältigen außerstande sind, Kommissionen zu ernennen, die unter bestimmten Kautelen im Namen der Ärztekammer die nötigen Verhandlungen führen und die Regelung der schwierigen Kassenverhältnisse bezwecken.

Auf Grund dieses Antrags hat der Ärztekammerausschuß beraten und beschlossen, mit dem Minister in mündliche Verhandlungen zu treten und dabei Einzelheiten zum Ausdruck zu bringen.

Es ist aber zweifelhaft, ob eine staatliche Anerkennung der Vertragskommissionen in ihrer jetzigen Gestaltung zu erwarten ist.

Anschließend an die Krankenkassenverhältnisse ist die freie Arztwahl, die Stellung der Ärzte zu den Mittelstandskrankenkassen Gegenstand der Beratung gewesen. Auch das Strafgesetzbuch in seiner Beziehung zur ärztlichen Tätigkeit und eine Revision einzelner Bestimmungen hat die Ärztekammern beschäftigt, weiterhin die Gebührenordnung für Ärzte und Medizinalbeamte, die Wahl der Ärzte zu den Schiedsgerichten, die Krankenpflege auf dem Lande und vieles andere, auf das einzugehen zu weit führen würde.

Die ärztlichen Ehrengerichte und der Ehrengerichtshof.

Eine der wichtigsten Einrichtungen für die deutschen Ärzte besteht in der Möglichkeit, die Normen für das Verhalten des einzelnen zu schaffen und für Übertretungen der Normen durch einen Gerichtshof, der aus der Selbstverwaltung hervorgegangen ist, Strafen eintreten zu lassen. Dem lange gehegten Wunsch der deutschen Ärzteschaft wurde durch ein Gesetz, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Ärztekammern, vom 25. November 1899, Rechnung getragen. Allerdings gab es auch vor dieser staatlichen Einrichtung eine ärztliche Ethik. Ich brauche Sie nur an den alten, dem Hippokrates zugeschriebenen Doktoreid zu erinnern, an die Aussprüche vieler hervorragender Ärzte, unter denen ich von dem Göttinger Marx den einen zitieren möchte, daß jedes Fach, und wie sich aus dem weiteren ergibt, auch jede Handlung, nicht bloß als Sache des Wissens, sondern auch des Gewissens zu betrachten ist.

In der Folge haben verschiedene ärztliche Vereine von größeren Städten Standesordnungen für ihre Mitglieder erlassen, welche die Grundsätze des ethischen Handelns festlegten.

Einzelne hervorragende Ärzte, wie v. Ziemßen, Graßmann, Moll, haben sich mit der ärztlichen Ethik beschäftigt. Interessante Erinnerungen von Ärzten und Laien haben den Gegenstand mehr oder minder scharf beleuchtet.

Die Rechtsprechung auf diesem Gebiet fand also eine große Zahl von Gesichtspunkten vor, deren Aufstellung einesteils ärztlichen Vereinen, andernteils hervorragenden Ärzten zu danken war. Eine gesetzliche Regelung war aber bei der zunehmenden Zahl der Ärzte, der schwierigeren Lebenshaltung und den gesteigerten Bestrebungen zur Erlangung von Erwerb nicht zu umgehen.

Durch das erwähnte Gesetz ist für den Bezirk jeder Ärztekammer ein ärztliches Ehrengericht, für den Umfang der Monarchie ein ärztlicher Ehrengerichtshof gebildet.

Das ärztliche Ehrengericht besteht aus dem Vorsitzenden der Ärztekammer (oder einem Stellvertreter), weiterhin aus drei Mitgliedern der Ärztekammer und einem Richter, während der Ehrengerichtshof, welcher die Rekursinstanz bildet, außer dem Leiter der Medizinalabteilung als Vorsitzenden, aus vier Mitgliedern des Ärztekammerausschusses und zwei anderen vom König ernannten Ärzten besteht.

Soweit es sich um Beleidigungen oder private Streitfälle zwischen Ärzten oder einem Arzt und Nichtarzt handelt, kann das Ehrengericht als Ehrenrat ein Vermittlungsverfahren einleiten. Kommt die Vermittlung nicht zustande, so tritt das ehrengerichtliche Verfahren ein. Zur Aufklärung des Sachverhaltes und im Interesse des Gerichtes haben alle Ärzte (auch die beamteten und aktiven Militärärzte) den Ladungen und Anordnungen des Ehrenrats und Ehrengerichts zu folgen. Das Ehrengericht leitet zunächst das Ermittlungsverfahren ein, dessen Ergebnisse dem Angeklagten mit der Beschuldigung mitgeteilt werden. Dann folgt die Voruntersuchung, nach welcher der Vertreter der Anklage sich schlüssig machen muß, ob er die Einstellung des Verfahrens beantragen, oder Klage erheben will. Beschließt das Ehrengericht, in die Verhandlung einzutreten, so hat der Ankläger, dem Beschluß des Ehrengerichts entsprechend, eine Anklageschrift einzureichen; hat er den Antrag auf Einstellung des Verfahrens eingereicht und das Ehrengericht diesen abgelehnt, so kann er höchstens Beschwerde beim Ehrengerichtshof einreichen.

Die ehrengerichtlichen Strafen sind:

1. Warnung;
2. Verweis;
3. Geldstrafe bis zu 3000 Mk.;
4. auf Zeit beschränkte oder dauernde Entziehung des aktiven und passiven Wahlrechts zur Ärztekammer.

In Baden, wo die Zusammensetzung des Ehrengerichtshofs etwas von der preußischen abweicht, besteht dieser aus fünf ärztlichen Mitgliedern resp. deren Stellvertretern, welche von der Ärztekammer gewählt werden, sowie zwei rechtskundigen Mitgliedern, welche vom Ministerium ernannt werden.

Die für alle Ärzte wichtige Frage betrifft die Einzelheiten der Pflichten, welche der Arzt innerhalb und außerhalb seines Berufes zu erfüllen hat.

Der § 3 des Gesetzes bestimmt in seinem ersten Teil:

„Der Arzt ist verpflichtet, seine Berufstätigkeit gewissenhaft auszuüben und durch sein Verhalten in Ausübung des Berufes, sowie außerhalb desselben sich der Achtung würdig zu zeigen, die sein Beruf erfordert. Ein Arzt, welcher die ihm obliegenden Pflichten verletzt, hat die ehrengerichtliche Bestrafung verwirkt."

Der Ausdruck, er soll sich der Achtung würdig zeigen, welche der Beruf erfordert, ist ein außerordentlich dehnbarer Begriff und bedingt, daß die Pflichten des Arztes mit den Anschauungen seiner Berufsgenossen wechseln. Ein gewisser Wechsel in diesen ist aber naturgemäß, und deshalb eine Festlegung ethischer Vorschriften kaum am Platz; es kommt hinzu, daß durch die Verhandlungen und Entscheidungen der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofs für viele Fälle erst die Grundlage für die Anschauungen über das standeswürdige Verhalten des Arztes gelegt werden mußte.

Als weiteren Grundsatz stellt das Gesetz aber mit Recht auf, daß politische, religiöse und wissenschaftliche Ansichten oder Betätigungen eines Arztes als solche niemals den Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens bilden. Das badische Gesetz bestimmt außerdem, daß das gleiche für die Wahl und Vertretung einer Heilmethode oder eines Heilverfahrens gilt. Die Einschränkung, welche politische, religiöse und wissenschaftliche Betätigung durch die beiden Worte als solche erfahren, hat der preußische ärztliche Ehrengerichtshof in folgender Art entschieden:

Gelangen jedoch derartige Ansichten in einer Form zum Ausdruck, die einen beleidigenden, gehässigen oder sonst unwürdigen Charakter hat, oder den Tatbestand einer nach den allgemeinen Strafgesetzen strafbaren Handlung enthält, so handelt es sich nicht mehr um politische Ansichten und Handlungen eines Arztes als solchen, sondern es bleibt festzustellen, ob der Arzt nach den besonderen Umständen im Einzelfall sich neben der strafrechtlichen Verantwortung auch noch ehrengerichtlich strafbar gemacht hat. Von ähnlichem Gesichtspunkt ausgehend hat der ärztliche Ehrengerichtshof schon früher (unter dem 7. Februar 1902) entschieden:

„Die Abweichung eines Arztes von den Auffassungen und Gepflogenheiten seiner Standesgenossen ist für die ehrengerichtliche Beurteilung nur dann von Bedeutung, wenn das abweichende Verhalten an sich eine Verletzung der Standesehre darstellt."

Gegen die Beifügung der Worte „als solche" ist in den gesetzgebenden Körperschaften einige Opposition erstanden, da in politischen und religiösen Betätigungen leicht eine Ausdrucksform beleidigenden und unwürdigen Charakters gesucht werden könnte.

Indessen scheint dieser Absatz bis jetzt wesentlich in solchen Fällen Anwendung gefunden zu haben, in welchen Ärzte in wissenschaftlichen Vorträgen vor Laien Standesgenossen in beleidigender Weise schmähten, den ärztlichen Stand als solchen herabsetzen und in dem betreffenden Paragraphen einen Freibrief für Verletzung gültiger Gesetze erblickten. In einem Falle in Posen hat der Oberpräsident allerdings gelegentlich der politischen Betätigung eines Arztes ein ehrengerichtliches Verfahren

beantragt. Das Ehrengericht, welches die Einleitung des Verfahrens in Rücksicht auf die politische Betätigung ablehnte, wurde vom Ehrengerichtshof auf das Wort „als solche" aufmerksam gemacht und ersucht zu prüfen, ob nicht die in der politischen Betätigung erfolgte Verletzung des Strafgesetzbuchs auch ehrengerichtlich strafbar sei.

Daß im allgemeinen durch Verfehlungen gegen das Strafgesetz, auf die wir später zu sprechen kommen, sich der Arzt der Achtung, welche der Beruf erfordert, unwürdig macht und somit ein ehrengerichtliches Verfahren die Folge ist, dürfte selbstverständlich sein.

Es kann aber ausnahmsweise Fälle geben, in welchen eine Strafe auf Grund des Gesetzes ausgesprochen wird, und höhere ethische und Berufspflichten den Arzt nicht in ärztlichem Sinne strafbar erscheinen lassen. Derartige Konflikte können vor allem bezüglich der ärztlichen Schweigepflicht auftreten und sollen dort behandelt werden. Inwieweit Bestrafungen auf Grund des Strafgesetzbuchs und des Bürgerlichen Gesetzbuchs eine Ahndung auch seitens der ärztlichen Ehrengerichte zur Folge haben, kommt stets auf den einzelnen Fall an.

Die Zuständigkeit des Ehrengerichtsgesetzes erstreckt sich aber nicht auf diejenigen approbierten Ärzte, für welche ein anderweit geordnetes staatliches Disziplinarverfahren besteht. Zu diesen gehören die beamteten Ärzte, Kreisärzte, Regierungs- und Medizinalräte und die bei öffentlichen Korporationen und bei Gemeinwesen angestellten Ärzte, sowie die Universitätsprofessoren, die Privatdozenten und die ärztlichen Mitglieder der Reichsbehörden.

Aber auch bezüglich der beamteten Ärzte und der aktiven Militärärzte hat das Ehrengericht nach § 6 eine gewisse Zuständigkeit. Kommen diesem bezüglich der Genannten tatsächliche Vorkommnisse zur Kenntnis, welche bei einem anderen Arzt ein ehrengerichtliches Verfahren nach sich ziehen würden, so hat das Ehrengericht der vorgesetzten Dienstbehörde Mitteilung zu machen.

Folgen wir Kade in der Einteilung der Verfehlungen, so handelt es sich:

1. um solche, welche die gewissenhafte Ausübung des Berufs betreffen;
2. um solche, welche das standeswürdige Verhalten
   a) innerhalb des Berufs,
   b) außerhalb des Berufs

betreffen.

Was Verstöße gegen die gewissenhafte Ausübung des Berufs betrifft, so dürfte vor allem eine auf Fahrlässigkeit beruhende falsche Diagnose mit entsprechender falscher Behandlung, weniger eine bei

richtiger Diagnose eingeleitete falsche Therapie in Betracht kommen. So ist ein Arzt bestraft worden, der eine bei der Entbindung durch einen Scheidenriß ausgetretene Darmschlinge für die Nabelschnur hielt und in erheblicher Länge abgerissen hatte.

Niedergeschlagen wurde ein Fall, bei dem ein Arzt einen Uteruspolypen entfernen wollte und dabei die Uteruswand perforierte, andere Fälle, bei denen ein Schwamm in der operativ eröffneten Bauchhöhle oder ein Drainrohr in einer Wunde zurückgelassen wurden und zu Störungen geführt hatten. Ich zweifle aber nicht, daß im Laufe der Zeit auch Anklagen erfolgen, wenn Berufsgenossenschaften durch eine fahrlässige oder falsche Behandlung seitens eines Arztes sich und ihre Klienten geschädigt glauben. Bis jetzt sind manche, selbst grobe ärztliche Kunstfehler niedergeschlagen worden.

Die durch Gesetze festgelegte Pflicht des Arztes, die Geburt eines Kindes, bei welcher er zugegen gewesen, oder ansteckende Erkrankungen und bestimmte Todesfälle zur Anzeige zu bringen, fällt ebenfalls unter die Berufspflichten. Die Nichterfüllung dieser dürfte sowohl eine gerichtliche als eine ehrengerichtliche Bestrafung zur Folge haben.

Zu den Berufspflichten gehört auch die Begutachtung über den Gesundheitszustand einer Person.

Die Ausstellung ärztlicher Atteste erfordert, wie ich schon früher ausgeführt habe, die größte Sorgfalt. Die Außerachtlassung dieser genügt zur Feststellung, daß der Arzt seine Berufstätigkeit nicht gewissenhaft ausgeführt hat. In dieser Hinsicht wird häufig gesündigt. So stellte ein Arzt einem vor Jahresfrist verletzten Arbeiter ein Zeugnis aus, daß der Betreffende noch völlig arbeits- und erwerbsunfähig sei, während er nach Ausweis der mir vorliegenden Akten zur Zeit der Zeugnisausstellung schon wieder über einen Monat lang den früheren Lohn verdiente Die Angelegenheit wurde niedergeschlagen. In einem anderen Falle hatte ein Arzt durch Attest vom 7. Dezember 1902 einem Bergmann eine Arbeits- und Erwerbsbeschränkung von fünfzig Prozent bescheinigt, während der Bergmann vom 7. Dezember 1902 bis 11.Februar 1903, dem Tage der Untersuchung durch den Knappschaftsarzt, ununterbrochen wie ein gesunder Arbeiter tätig war. Der Arzt wurde, weil noch nicht vorbestraft (durch Urteil des Ehrengerichts vom 30. Oktober 1905), zu einer Buße von 50 Mk. verurteilt.

In einer Entscheidung des sächsischen Ehrengerichtshofs vom 11. November 1906 wurde ein Arzt bestraft, weil er als gewissenhafter Arzt nichts hätte bescheinigen dürfen, wovon er sich nicht vorher durch eigene Wahrnehmung überzeugt hatte.

Ein Urteil des Ehrengerichtshofs vom 30. Juli 1903 sieht es als ein unerläßliches Erfordernis jedes ärztlichen Attestes an, daß das

in ihm abgegebene Gutachten hinreichend und in wissenschaftlich schlüssiger Weise begründet wird und erachtet einen Verstoß hiergegen als ehrengerichtlich strafbar, weil darin ein standeswidriger Mangel an Sorgfalt und Gründlichkeit zu erblicken sei. Ein Arzt, der in einem Fall traumatischer Hysterie, dem in wohlwollender Weise eine Rente von fünfzig Prozent zugesprochen war, ein Zeugnis ausstellt, in dem ohne jede Begründung ausgeführt wird, daß der Patient ein Rückenmarksleiden habe und Anspruch auf Vollrente besitze, macht sich somit einer strafbaren Handlung schuldig.

Auch ein von Thiem erwähnter Fall würde ehrengerichtlich strafbar sein, in dem der Arzt, ohne den Kranken sich ausziehen zu lassen, nur Hand und Arm untersuchte und den Befund begutachtete, im weiteren bezeugte, daß der Patient gesund sei und keine Unfallrente erhalte, während eine Entkleidung des Patienten eine Versteifung der Hüfte nachgewiesen hätte, für welche Patient eine Rente von dreißig Prozent erhielt.

Auch die Verweigerung ärztlicher Hilfe in dringenden Fällen, ist in den letzten Jahren mehrfach bestraft worden.

Allerdings ist der Berufszwang des früheren preußischen Rechts, § 200 des preußischen Strafrechts vom 14. April 1851, die Verpflichtung der Medizinalpersonen, in Fällen dringender Gefahr ohne hinreichende Ursache ihre Hilfe nicht zu verweigern, durch die Vorschrift im § 144 Abs. 2 der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich aufgehoben. Die einzige gesetzliche Verpflichtung zur Hilfeleistung besteht für die Ärzte wie für jeden Staatsbürger, bei Unglücksfällen oder gemeiner Gefahr der Aufforderung seitens der Polizeibehörde oder von deren Stellvertreter zu folgen.

Nach diesen gesetzlichen Bestimmungen hat der Arzt das Recht, seine Hilfe Privatpersonen zu verweigern. Aber die ärztlichen Ehrengerichte haben mehrfach entschieden, daß der Arzt verpflichtet ist, in Fällen von Lebensgefahr einem Rufe Folge zu leisten.

So hat der Ehrengerichtshof in seinem Beschluß vom 1. Dezember 1902 (N. B. II 217) den Grundsatz aufgestellt: die Verweigerung ärztlicher Hilfeleistung in Fällen dringender Lebensgefahr, mag diese durch eine plötzliche schwere Erkrankung oder durch die plötzliche Verschlimmerung einer bereits bestehenden Krankheit herbeigeführt sein, enthält einen Verstoß gegen die ärztlichen Standespflichten.

In einer Entscheidung vom 14. Mai 1906 wurde nochmals bestätigt, daß ein Arzt, der in Fällen dringender Lebensgefahr die ärztliche Hilfe verweigert, sich einer Verletzung der ärztlichen Standespflichten schuldig macht.

„Wenn somit auch ein gesetzlicher Zwang, jedem Ersuchen um ärztliche Hilfeleistung zu folgen, nach § 144 Abs. 2 der RGO. nicht

mehr besteht, so wird doch für den Arzt nach Lage des Einzelfalles die allgemeine menschliche Pflicht erwachsen, dem Rufe nach ärztlicher Hilfeleistung Folge zu leisten, selbst wenn ihm die Erlangung der Bezahlung dafür zweifelhaft erscheint. „Daß ihm diese vorher sicher gestellt werde, darf er im Notfalle nicht verlangen." (Kade, Richter des Ehrengerichts.)

Daß auch ein Arzt, der die Praxis nicht mehr auszuüben pflegt, von dieser Verpflichtung nicht befreit ist, wie Kade glaubt, möchte ich nicht annehmen. Kade hält das nur dann für möglich, wenn der Arzt auf die Approbation verzichtet hat. Aber eine Approbation kann nach der gesetzlichen Auffassung durch bloße Erklärung nicht aus der Welt geschaffen werden. Es ist also nicht wunderbar, wenn einzelne Entscheidungen des Ehrengerichtshofs bekämpft werden. Doch lassen sich diese in späteren Fällen immer revidieren.

Jedenfalls kommt es in hervorragendem Maße auf den Einzelfall an, und der Arzt muß es sich zur Regel machen, in jedem dringenden Falle dem Rufe zu folgen.

Weiterhin darf der Arzt einen Patienten nicht in hilfloser Lage verlassen. Das ist schon durch den § 221 des Strafgesetzbuchs bestimmt. Ich habe einen Fall, in welchem ein Arzt zu vier Wochen Gefängnis verurteilt wurde, weil er eine an Blutung aus der nicht zu entfernenden Placenta leidende Frau im Stich ließ, schon in der ersten Vorlesung angeführt. Heute würde der Fall auch noch dem Ehrengericht vorgelegt werden.

Welche Verpflichtungen bei einer ärztlichen Unterbrechung einer notwendigen Behandlung dem Arzt obliegen, insbesondere, daß er einen Vertreter stellen muß, dürfte der folgende Fall zeigen, der vom Ehrengericht und vom Ehrengerichtshof in gleicher Weise entschieden wurde.

Der angeschuldigte Arzt hatte den Patienten A. neunzehn Wochen hindurch behandelt, und ihm in dieser Zeit 51 Besuche zu machen für erforderlich gehalten. Jeden dritten Tag mußte, wie der Angeschuldigte dem Patienten noch bei seinem letzten Besuch gesagt hatte, der Verband gewechselt werden; er müsse daher nach drei Tagen wieder zu ihm schicken. Dann reiste der Angeschuldigte, ehe der Kranke ihn wieder gesprochen hatte, auf vier Wochen fort. Er unterließ es, sich wenigstens nochmals zu dem Kranken zu begeben, den er ärztlicher Behandlung äußerst bedürftig wußte, dessen hartnäckiges Leiden nach seiner eigenen Angabe sogar voraussichtlich einen chirurgischen Eingriff nötig machen werde, sondern hinterließ lediglich, wie er behauptete, seiner Köchin den Auftrag, seinen Patienten, wenn sie kämen, zu sagen, daß er verreist sei, und daß, wer nicht warten wolle, zu einem anderen Arzt gehen solle, daß insbesondere A. einen anderen Arzt nehmen müsse. Die als Zeugin vernommene Köchin ist in ihren Er-

innerungen sehr unbestimmt und weiß nicht anzugeben, ob sie dem Sohne des A., als er den Angeschuldigten holen wollte, diese Bestellung gemacht hat.

So ist der Sachverhalt, in dessen Würdigung beide instanzlichen Ehrengerichte den Angeschuldigten empfindlich bestraft haben. Es waren zwei Fragen zu beantworten:

1. war der Angeschuldigte überhaupt verpflichtet, für die Weiterbehandlung des A. irgendwie Sorge zu tragen?
2. wenn diese Pflicht vom ehrengerichtlichen Standpunkt aus anerkannt wurde: hat er ihr durch den Auftrag an die Köchin genügt?

In Beantwortung der ersten Frage hat der Ehrengerichtshof ausgeführt, daß ein praktischer Arzt bei gewissenhafter Ausübung seines Berufs, wie sie der § 3 des Ehrengerichtsgesetzes zur Pflicht macht, in Fällen zeitweiser Einstellung seiner Berufstätigkeit, wie bei Erholungsreisen und dergleichen, verpflichtet ist, für seine Vertretung durch einen anderen Arzt jedenfalls insoweit zu sorgen, daß die sachgemäße Weiterbehandlung des bis dahin in seiner Behandlung befindlichen Kranken gesichert erscheint. Ob vom Standpunkt des formalen Rechts der Arzt den mit dem Kranken abgeschlossenen Dienstvertrag kündigen könne, sei für den Ehrenrichter, der auch ethische Gesichtspunkte zu würdigen habe, nicht maßgebend. Für ihn sei entscheidend, daß ein Arzt, der den seiner Obhut anvertrauten Kranken im Stiche lasse, gewissenlos handele und daß das Gebot gewissenhafter Berufsausübung die Fürsorge für den Kranken unter Hintansetzung der eigenen Person fordere. Von diesem Gesichtspunkte aus habe der Angeschuldigte dem A. gegenüber, als er ihn nach so langer Behandlung ohne jede sachliche Fürsorge im Stich ließ, unverantwortlich gehandelt und könne sich nicht damit entschuldigen, daß der Kranke einen anderen Arzt hätte holen können.

Der Wortlaut und die Begründung der ehrengerichtlichen Entscheidung, daß das Gebot gewissenhafter Berufsausübung die Fürsorge für den Kranken unter Hintansetzung der eigenen Person fordert, hat allerdings mancherlei Bedenken hervorgerufen. Indessen erfordert ja die Behandlung einer jeden ansteckenden Erkrankung die Hintansetzung der Person des Arztes, und die Verweigerung der Behandlung würde doch gewiß als Verfehlung gegen die Berufspflichten zu betrachten sein.

Als eine nicht gewissenhafte Ausübung der Berufspflichten dürfte auch die Behandlung von Kranken ohne stattgehabte Untersuchung anzusehen sein.

Wenden wir uns nunmehr dem standesunwürdigen Verhalten zu!

Wie ich früher schon ausgeführt habe, soll der Arzt sich aller reklamehaften Anzeigen sowohl beim Beginn der Praxis, als bei der Ankündigung von Heilmitteln enthalten, er darf sich nur unter bestimmten Normen als Spezialarzt bezeichnen, er muß sich bei Honorarforderungen jedes standesunwürdigen Betragens enthalten.

Weiterhin ist dem Arzt nach ehrengerichtlicher Entscheidung nicht gestattet, außerhalb seines Niederlassungsortes ärztliche Sprechstunden abzuhalten, falls an dem zweiten Ort ein Arzt ansässig ist. Nur ganz besondere Verhältnisse, unter welche aber die schlechte pekuniäre Lage nicht fällt, könnten eine andere Auffassung begründen.

Die Ausübung homöopathischer ärztlicher Tätigkeit an einem anderen als dem Niederlassungsorte, befreit nach einer Entscheidung des Ehrengerichts und einer Bestätigung durch den Ehrengerichtshof von dieser Verpflichtung nicht, da homöopathische und allopathische Ärzte vor dem Ehrengericht als approbierte praktische Ärzte gleich sind.

Weiterhin verstößt ein Arzt, welcher sich der Trunkenheit im Beruf schuldig macht, gegen die ärztliche Standesehre. Ein Arzt, welcher das Ersuchen einer Berufsgenossenschaft um ein Gutachten trotz mehrmaliger Erinnerung unbeantwortet läßt, verstößt gegen die Pflichten des Standes.

Die Verweigerung der Annahme einer von dem zuständigen Kreisarzt übersandten Postkarte amtlichen Inhalts, begründet ebenso einen Verstoß gegen die ärztliche Standesehre, wie die Absendung einer nach Form und Inhalt anstößigen Postkarte an den Oberpräsidenten oder eine Behörde.

Auch ein Krankenhausarzt, welcher einem von einem anderen Arzt behandelten Kranken die Aufnahme in das Krankenhaus verweigert, macht sich straffällig.

Von besonderer Wichtigkeit sind die kollegialen Pflichten der Ärzte, wie sie aus den Entscheidungen der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofs sich ergeben.

Daß ein Arzt, welcher zunächst die ärztliche Vertretung in einer Familie gehabt hat, nach der Rückkehr des ersten Arztes, nicht die Weiterbehandlung übernehmen kann und darf, ist schon in der zweiten Vorlesung ausgeführt worden. Allerdings gibt es Ausnahmen, welche eine ehrengerichtliche Bestrafung ausschließen, wenn es sich nicht um eine Weiterbehandlung handelt, sondern der betreffende Patient den zweiten Arzt später in besonderem Auftrag zuzieht und diesem versichert, daß er der Behandlung des ersten Arztes unter keinen Umständen sich wieder unterziehen wolle. (Urt. d. Ehrenghf. vom 30. Oktober 1905.)

Immerhin handelt es sich um sehr schwierige Lagen, die der junge Arzt nach Möglichkeit vermeiden muß. Das richtigste ist jedenfalls, daß der Patient dem früheren Arzt von der Beendigung der seitherigen

Behandlung Mitteilung macht, bevor er den neuen Arzt aufsucht. Wenn aber der Arzt weiß, daß ein Patient in der Behandlung eines anderen Arztes steht, ist er verpflichtet, den letzteren von der Übernahme der Behandlung zu benachrichtigen.

Das gilt indessen nicht von den die Sprechstunde aufsuchenden Fällen.

Eine allgemeine Verpflichtung des Arztes, sich vor der Übernahme der Behandlung eines Patienten zu erkundigen, ob sich dieser bereits in der Behandlung eines anderen Arztes befinde, läßt sich nicht begründen. Nur wenn besondere Umstände auf die bereits erfolgte Inanspruchnahme ärztlicher Hilfe hinweisen, erscheint eine solche Erkundigung angemessen.

Dieser Gesichtspunkt gilt auch bei Mitgliedern von Krankenkassen. Es soll vor allem vermieden werden, daß zwei Ärzte unabhängig voneinander einen Kranken behandeln. Die Auffassung des Ehrengerichtshofs ist in dieser Hinsicht weniger streng, als diejenige mancher älterer auch von mir gebilligter Standesordnungen, welche verlangen, daß der zur ärztlichen Behandlung in das Haus des Patienten gerufene Arzt sich versichert, daß der Kranke nicht in der Behandlung eines anderen Arztes sich befindet oder ein seither behandelnder Arzt von dem Abbruch der Behandlung verständigt ist.

Einzelne Entscheidungen des Ehrengerichtshofs befassen sich auch mit den standesgemäßen Rücksichten, welche den Ärzten im Verkehr untereinander obliegen.

Jeder Arzt hat, solange er approbierter Arzt ist, Anspruch auf diejenige Achtung seiner Standesgenossen, welche ihm nach den allgemeinen Grundsätzen über die ärztliche Standesehre gebührt. Die Tatsache der Vorbestrafung eines Arztes und seines Ausschlusses aus Ärztevereinen vermag von der Verpflichtung dieser Achtungsbezeugung nicht zu entbinden. (Urteil vom 5. Mai 1903.)

Daß auch die abfällige Kritik der Berufstätigkeit eines Arztes, sei es gegenüber Kranken, in der Öffentlichkeit, oder in einem Gutachten unzulässig und strafbar ist, bedarf keiner besonderen Betonung.

In dieser Beziehung ist früher viel gesündigt worden.

In der Beurteilung der Berufstätigkeit von Kollegen, in dem Urteil über Diagnose und Heilverfahren kann der Arzt nicht vorsichtig genug sein.

Daß auch heute manche Ärzte durch völligen Mangel der gebührenden Verkehrsformen unter Gebildeten dem Ansehen des ärztlichen Standes schaden, zeigen einzelne von Kade wiedergegebene Urteile des Ehrengerichtshofs in derartigen Fragen.

Von einschneidender Bedeutung ist die Stellung, welche Ehren-

gericht und Ehrengerichtshof zu den Bestrebungen der Ärzte und ärztlichen Vereine zur Verbesserung der Stellung der Ärzte einnehmen. In dieser Beziehung ist eine Entscheidung des Ehrengerichtshofs vom 2. Dezember 1905 von Wichtigkeit.

Ein Arzt hatte sich in einer Stadt niedergelassen, in welcher die Ärzte zwecks Einführung der freien Arztwahl und Erlangung günstigerer Honorarbedingungen den Kassen gekündigt hatten. Er hatte zu durchaus angemessenen Honorarsätzen eine Kassenarztstelle übernommen und war deshalb vom Ehrengericht verurteilt worden. Bei der Berufung an den Ehrengerichtshof entschied dieser, wie folgt:

Die Bestrebungen der ärztlichen Vereine um Verbesserung der Stellung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen müssen nach Lage der Gesetzgebung ihre Grenze finden in der reichsgesetzlich verbürgten Freiheit des Vertragsabschlusses, insbesondere in der reichsgesetzlich garantierten Freizügigkeit. Nach den betreffenden Gesetzesbestimmungen steht es jedem Arzte frei, sich am Orte seiner Wahl niederzulassen und dort seinen Beruf auszuüben. Ausnahmen hiervon können nur in Betracht kommen, wenn

1. der Arzt sich durch Beitritt zu einem ärztlichen Vereine, welcher seinen Mitgliedern besondere auf die Ausübung des Berufes, insbesondere auf Abschluß von Verträgen mit Kassen bezügliche Verpflichtungen auferlegt, selbst in seiner Freiheit beschränkt hat, oder

2. wenn das Verhalten des Arztes in Ausübung seines Berufes oder außerhalb desselben an sich als eines Arztes unwürdig sich darstellt und deshalb ehrengerichtlicher Beurteilung nach § 3 des Gesetzes vom 25. November 1899 unterliegt.

Da aber der betreffende Arzt nicht Mitglied des ärztlichen Vereins war, und sein Verhalten an sich nicht ehrengerichtlich strafbar war (da er zu angemessenen Honorarsätzen die Behandlung der Kassenmitglieder übernommen hatte), so wurde er kostenlos freigesprochen.

Dieser Auffassung entspricht auch eine Entscheidung des Ehrengerichts vom 7. Februar 1902:

Ein Arzt, welcher durch die in Widerspruch mit den Auffassungen der Standesgenossen seines Niederlassungsortes erfolgte Annahme einer Stellung als Bahnarzt dem Staate seine Dienste widmet, verstößt nicht gegen die Ehre seines Standes.

Von Interesse ist weiterhin die Entscheidung des Ehrengerichtshofs in folgender Frage:

Unter welchen Umständen begründet ein Zuwiderhandeln gegen die durch Vertrag übernommene Verpflichtung, im Interesse einer Abänderung der Kassenverträge keine Kassenarztstelle anzunehmen, eine ehrengerichtlich strafbare Verfehlung?

Durch Beschluß eines ärztlichen Ehrengerichtes war der Angeschuldigte zu einem Verweise und 200 Mark Geldstrafe kostenpflichtig verurteilt, weil er im Jahre 1904 zu A. eine Kassenarztstelle übernommen hat, obwohl er sich in dem mit einigen Kollegen abgeschlossenen Vertrage ehrenwörtlich verpflichtet hatte, im Interesse der Einführung der freien Arztwahl keine neuen Verträge mit Krankenkassen einzugehen.

In dem Vertrage hat sich unstreitig der Angeschuldigte verpflichtet, „im Interesse der Einführung der freien Arztwahl und besserer Honorierung der ärztlichen Leistungen“ a) seine Krankenkassenverträge auf Verlangen zu kündigen, b) Verträge mit Krankenkassen den Mitkontrahenten vorzulegen, c) keine neuen Verträge mit Krankenkassen abzuschließen.

Bei Einführung der freien Arztwahl sollten dann nach § 2 die Ärzte, deren Verträge infolge des gemeinsamen Vorgehens gekündigt wären, von den Mitkontrahenten nach bestimmten Grundsätzen entschädigt werden. Nach § 3 sollte der Vertrag erlöschen, wenn nicht mindestens 15 der 17 Ärzte in A. die gleiche Verpflichtung eingehen würden, ferner wenn es die Generalversammlung der Bezirksgruppe B des Ärztevereins beschließen würde. Nach § 4 stand die Verpflichtung unter Ehrenwort und einer Vertragsstrafe von 3000 Mark. Der Angeschuldigte kündigte darauf, als das Verlangen gestellt wurde, seine sämtlichen Kassenarztverträge, aus denen er seit Jahren nach seiner Angabe 12000 Mark eingenommen hatte, während seine Privatpraxis nur etwa 2—3000 Mark einbrachte und nicht ausdehnungsfähig war.

Ebenso kündigten die anderen Ärzte. Die Krankenkassen vereinigten sich darauf ihrerseits zu einem Verbande, schrieben die Stellen aus und bekamen in kurzer Zeit — die Richtigkeit der Berufungsangaben unterstellt — 92 Offerten. Schon einen Monat später waren fünf Ärzte mit fünfjährigen Verträgen angenommen, darunter vier für das C-Werk, die größte Kasse des Angeschuldigten. Die Kasse stellte dem Angeschuldigten eine Frist, bis zu deren Ablauf sie diese Stelle offenhalten wollte. Inzwischen wurden weitere Ärzte angenommen, und die Zahl der Kassenärzte war schon wieder der früheren gleich. Das Vorhaben der verbündeten Ärzte war offensichtlich gescheitert.

Der Angeschuldigte blieb zwei Monate seiner Verpflichtuug widerspruchslos treu. Erst als er sah, daß die Sache der Ärzte in diesem Streite verloren, und daß er damit brotlos war, schrieb er an den Vertrauensausschuß der Ärzte den bei den Akten befindlichen Brief vom 30. November 1908, in dem er eingehend die Sachlage und seine Verhältnisse darlegte und den Wunsch aussprach. in kollegialer Übereinstimmung seine bittere Notlage zu lösen und ihn aus dem Vertrage zu entlassen. Der Ausschuß antwortete ihm am 5. Dezember mit einer Anfrage, ob er etwa schon einen Vertrag geschlossen habe. Der Angeschuldigte erwiderte, er habe keinen Vertrag geschlossen und bat um baldige Antwort. Am 15. Dezember antwortete der Ausschuß, daß nur die Generalversammlung ihn vom Ehrenwort entbinden könne. Am 21. Dezember bat der Angeschuldigte um umgehende Mitteilung, wenn die Generalversammlung stattfinde, da „die ganze Situation auf eine sehr beschleunigte Erledigung drängt." Am 28. Dezember erhielt er die Antwort, welche nur einen Hinweis auf die Statuten enthielt, nach denen die Generalversammlung erst Ende Januar stattfinde. Darauf kündigte der Angeschuldigte am 2. Januar den Vertrag und teilte dies mit der Begründung mit, daß er unter dem Druck zwingender Umstände und um den Ruin seiner Familie zu verhindern, handle.

So die Sachlage nach der Darstellung des Angeschuldigten. Er hat, wie er selbst zugibt — die gegenteilige Ausführung der Vorinstanz beruht auf einem Mißverständnis — dem Ehrenwort zuwider gehandelt.

Es ist dem Angeschuldigten ohne weiteres zuzugeben, daß er sich in schwerer Zwangs- und Notlage befunden, und daß er ernstlich versucht hat, in kollegialer und ehrenhafter Weise die dem Ärzteverein gegenüber eingegangene Verpflichtung zu lösen. Der Ehrengerichtshof vermag es auch nicht zu billigen, daß der Vertrauensausschuß der Ärzte, wenn er auch formal im Rechte war, keinen Weg gefunden hat, um den Angeschuldigten, nachdem er seine Notlage geschildert und seinen guten Willen zu einer ehrlichen Lösung des Konflikts gezeigt hatte, entgegenzukommen, und ihn vor dem äußersten Schritt des Wortbruches zu bewahren. Anderseits bleibt aber die Tatsache, daß der Angeschuldigte, wie er auch selbst zugesteht, das einmal gegebene Ehrenwort gebrochen hat, bestehen, und der Ehrengerichtshof konnte deshalb die Beschwerde als sachlich begründet nicht an-

erkennen. Er hat aber unter voller Anerkennung der strafmildernden Notlage des Angeschuldigten einen Verweis in dem vorliegenden Falle als eine ausreichende Sühne erachten zu sollen geglaubt.

Das Verhalten des ärztlichen Vertrauensausschusses in diesem Fall kann allerdings nichts weniger als gebilligt werden. Es dürfte geeignet sein, opferwillige Kollegen in ähnlichen Fällen von Konzessionen abzuhalten.

In einem anderen Falle, der vom Oberlandesgericht in Köln beurteilt wurde, hatten die Ärzte gegen eine Konventionalstrafe von 3000 Mk sich verpflichtet, keine Einzelverträge mit der Kasse abzuschließen. Ein Arzt, der diese Verpflichtung gebrochen hatte, wurde zu 3000 Mk. verurteilt.

Standesunwürdig handelt somit, wer sein Wort und seine Zusage einem Vereine gegenüber nicht hält, während ein Arzt, der, wie in dem erwähnten Fall, keine Zusage gegeben hat, nur dann sich straffällig macht, wenn er die Behandlung von Kassenpatienten gegen ein unwürdiges Honorar übernimmt.

Von dem gleichen Gesichtspunkt aus erfolgte auch die Freisprechung von einer Anklage bei elf aus dem Ärzteverein ausgetretenen Ärzten, welche im Prinzip gegen die freie Arztwahl waren, sich Beschlüssen in dieser Richtung nicht fügen wollten und Verträge mit Kassen abschlossen.

Die Bekämpfung des Prinzips der freien Arztwahl wird sonach vom Ehrengerichtshof nicht als standesunwürdig angesehen.

Die Begründung, welche der Ehrengerichtshof seinen Entscheidungen zugrunde legt, lautet folgendermaßen:

Die Bestrebungen der ärztlichen Vereine zur Verbesserung der Stellung der Ärzte gegenüber den Krankenkassen, müssen nach Lage der Gesetzgebung ihre Grenze finden in der reichsgesetzlich verbürgten Freiheit des Vertragsabschlusses, insbesondere in der reichsgesetzlich garantierten Freizügigkeit. Nach diesen Gesetzesbestimmungen steht es jedem Arzt frei, sich am Orte seiner Wahl niederzulassen und dort seinen Beruf auszuüben.

Diese Entscheidungen des Ehrengerichtshofs sind nicht ohne lebhaften Widerspruch geblieben. Insbesondere hat der Verein Breslauer Ärzte dagegen Stellung genommen und betont, daß die Gerichte von Standesgenossen nach den Standesanschauungen zu richten haben.

Ich möchte aber auch der rechtlichen Begründung entgegentreten. Die reichsgesetzlich verbürgte Freiheit der Niederlassung und Tätigkeit auf Grund der Gesetze wird nicht begrenzt, wenn der Abschluß eines kassenärztlichen Vertrags verboten ist. Der betreffende Arzt kann getrost auf Grund der ärztlichen Taxe

seine Tätigkeit ausüben, ohne daß er deshalb eine Einengung erfährt. Fraglich ist nur, ob er nicht gegen die Standesanschauungen verstößt, indem er einen von seinen Standesgenossen perhorreszierten Vertrag unterzeichnet. Und hier liegt die Schwierigkeit in der praktischen Beurteilung, in der Möglichkeit, daß eventuell einer kleinen Anzahl fest zusammengeschlossener Ärzte eines Ortes oder einer Stadt die Entscheidung zufiele, die Normen für die Beziehungen zwischen Krankenkassen und Ärzten aufzustellen, denen sich alsdann die Entscheidungen der Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofs zu fügen hätten. Diese Konsequenzen zu ziehen müssen sich die Vertreter der Staatsregierung naturgemäß scheuen.

Es wird kaum einen anderen Ausweg aus diesem Dilemma geben, als daß bei Differenzen zwischen Ärzten und Krankenkassen stets paritätische Einigungskommissionen des betreffenden Kreises unter Vorsitz eines Vertreters der Regierung zusammentreten. Haben diese im Sinne der Ärzte entschieden, so sind auch die Ehrengerichte und der Ehrengerichtshof an die Beschlüsse gebunden. Besteht eine gewisse Scheu, einer einzigen Kommission die Angelegenheit zu übertragen, so könnte eine Appellinstanz des Regierungsbezirks, wiederum unter Vorsitz eines Vertreters der Regierung in Rekurssachen entscheiden

Der Entscheidung durch den Ehrengerichtshof harrt noch die Frage, ob ein Arzt, der in dem Bestreben, für eine Krankenkasse Ärzte zu beschaffen, unter Verschleierung des wahren Sachverhalts, in Inseraten Ärzte zur Vertretung eines erkrankten Arztes sucht, sich straffällig macht. Ich glaube mit Recht, daß die Entscheidung bejahend ausfällt.

Naturgemäß werden die Fälle häufiger, in welchen die Ärzte eines Ortes durch ihre Vertragskommission beschlossen haben, einstweilen keine Verträge mit Krankenkassen abzuschließen. Fälschlicherweise ist dieses Vorgehen als Streik der Ärzte bezeichnet worden; diese Bezeichnung ist aber falsch, da von einer völligen Einstellung der Tätigkeit keine Rede ist. Daß die Ärzte in solchen Orten dringende Krankheitsfälle nicht abweisen und ihre Hilfe in der Not nicht versagen dürfen, versteht sich von selbst. Die Ärzte sind sogar verpflichtet, in Notfällen mit einem Arzt in Beziehungen zu treten, welcher durch das Standesgericht von der Gemeinschaft der Standesgenossen ausgeschlossen ist. Auf Grund dieser Anschauung wurde in Schlesien von einem Landgericht und dem Oberlandesgericht entschieden, daß eine Entscheidung des Standesgerichts auf Abbruch der Standesbeziehungen zu einem Arzt mit der Mitteilung an die Vereinsmitglieder, daß sie mit dem Kläger kein Konzilium abzuhalten und ihn nicht zu vertreten hätten, nicht widerrechtlich sei. In den Gründen wird angeführt, daß der Beschluß des Standesvereins, keine Unterbindung der Erwerbsmöglichkeit bedinge, welche herbeizuführen das Reichs-

gericht als sittenwidrig bezeichnet hat. (Bd. 51, S. 384, Bd. 56, S. 278.) Eine Bestimmung, nach welcher ärztlichen Vereinen untersagt wäre, durch selbstgeschaffene Standesordnungen ihre Mitglieder zu einem bestimmten Verhalten im Interesse der Wahrung der Standesehre zu verpflichten, findet sich in dem Gesetz vom 25. November 1899 nicht.

Das Reichsgericht hat diese Ausführungen unter dem 6. Oktober 1906 bestätigt und ausgeführt:

Der Zweck des Standesgerichts, Standesinteressen zu wahren und unlautere Persönlichkeiten von der Gemeinschaft der Standesgenossen fernzuhalten, ist ein sittlich erlaubter. Die wirtschaftliche Existenz des Ausgeschlossenen darf aber nicht völlig oder nahezu völlig untergraben werden, und die Maßregel des Vereins darf in keinem unbilligen Verhältnis zu dem Vergehen stehen.

Daß Ärzte in der Herausgabe und Mitarbeiterschaft von Büchern Vorsicht walten lassen und auch hier nicht die Pflichten des Berufs außer acht lassen dürfen, versteht sich von selbst.

So wurde von dem Ehrenrat in Leipzig ein Dr. G. H. wegen Vergehens gegen §§ 1 und 7 der ärztlichen Standesordnung, begangen durch die Herausgabe des Buches „Ratschläge für Gesunde und Kranke, die nach den Kurorten Deutschlands reisen", zu einer Geldstrafe von 1000 Mk. und zur Aberkennung des Wahlrechts und der Wählbarkeit auf die Dauer von vier Jahren verurteilt.

Weiterhin hat der Ehrengerichtshof unter dem 15. April 1905 ausgesprochen:

Die Mitarbeiterschaft eines Arztes an der Zeitschrift eines Naturheilvereins, welche den ärztlichen Stand verunglimpft, entspricht nicht der ärztlichen Standeswürde.

Ebenso verstößt die Bezeichnung, Arzt für Naturheilverfahren, oder eine ähnliche, bei welcher das Naturheilverfahren ausdrücklich Erwähnung findet, gegen die Bestimmungen der Standesordnung. Daß ein Arzt, welcher in einer Anstalt mit ähnlichem Namen ärztliche Dienste leistet und somit Kurpfuschervereinigungen und ärztefeindliche Bestrebungen unterstützt, straffällig ist, versteht sich von selbst.

Auch die geschäftlichen Beziehungen eines Arztes zu einem kaufmännischen Betrieb, welcher sich grober Reklame bedient, sind unstatthaft.

In diese Kategorie fällt auch folgende Entscheidung des Ehrengerichtshofs (2. Dezember 1902).

Die Unzulässigkeit der in umfangreichem Maße betriebenen direkten Zusendung der in marktschreierischem Tone gehaltenen Schriften an das Publikum, wird durch die wissenschaftliche Verbindung, welche

der Angeschuldigte behufs Einführung der fraglichen Präparate auch mit Fachgenossen gesucht haben will, nicht beseitigt.

Zum Schluß sei noch erwähnt, daß in Baden sogenannte Überforderungen eines Arztes nur dann als standesunwürdig bezeichnet werden (es besteht dort keine ärztliche Gebührenordnung), wenn eine Unehrenhaftigkeit vorliegt, Täuschung oder die Absicht, berechtigte Interessen zu seinem Vorteil zu schädigen.

M. H.! Die Ehrengerichtsbarkeit der Ärzte ist, wie Sie aus vorstehendem ersehen haben, noch weit davon entfernt, eine abgeschlossene Ethik des ärztlichen Standes gegeben zu haben. Viele Fragen harren noch der Lösung. Insbesondere haben die Ehrengerichte zu dem standesgemäßen Privatleben der Ärzte noch kaum Stellung genommen. Die Beurteilung der hier in Betracht kommenden Sittengesetze ist allerdings nicht immer leicht; viele Verstöße entziehen sich auch der Beurteilung durch fehlende Anklagen. Es hat stets etwas Denunziantenhaftes an sich, einzelne Fälle vor das Forum der Öffentlichkeit zu ziehen.

Diesen Schwierigkeiten gegenüber wird es an erster Stelle Aufgabe des Unterrichts und der Selbstzucht durch die ärztlichen Vereine sein, die Normen für standesgemäßes, eines vornehmen Mannes würdiges Verhalten immer erneut den Standesgenossen vorzuführen. Eine angesehene Stellung kann nur der Arzt einnehmen, der in seinem ganzen Verhalten sich den Namen eines anständigen und vornehmen Mannes erwirbt.

Das Ansehen des ärztlichen Standes resultiert aber aus der Summe des Ansehens, das die einzelnen Ärzte genießen.

Sechzehnte Vorlesung.

Arzt und Recht I.

Dienstvertrag, Geschäftsfähigkeit der Kranken, Geschäftsführung ohne Auftrag, dringende Fälle. widerrechtliche Körperverletzung, die Auffassung des Reichsgerichts im Gegensatz zur Auffassung von Ärzten und Juristen, Kunstfehler und fahrlässige Körperverletzung. Ersatzpflicht des Arztes, Haftung für Assistenten und Pflegepersonal, Zeugnisse wider besseres Wissen und durch Fahrlässigkeit, unzüchtige Handlungen, Notzucht, Fruchtabtreibung.)

M. H.! Die Rechtsverhältnisse des Arztes sind im wesentlichen durch die Reichsgesetzgebung bestimmt, so der Erwerb und Verlust der Approbation, die Stellung als Sachverständiger und Zeuge vor Gericht, die privatrechtliche und strafrechtliche Stellung des Arztes zu seinen Klienten, die Verpflichtungen gegenüber dem Staat und dem Gemeinwesen. Daneben kommen eine Anzahl landesgesetzlicher Verordnungen in Betracht, die wir zum großen Teil, soweit Preußen in Frage kommt, schon kennen gelernt haben.

Die wesentlichste Tätigkeit des Arztes, welche wir in der zweiten Vorlesung besprochen haben, besteht darin, daß er Erkrankten seinen Rat und seine Hilfe zuteil werden läßt. Er übt damit eine meist gewinnbringende Beschäftigung aus, indem er auf Grund seiner Ausbildung und seiner Erfahrung Kranken persönliche Dienstleistungen höherer Art zusagt oder zuteil werden läßt.

Ob der Arzt diese Dienstleistungen im eigenen Hause oder in der Wohnung des Kranken ausübt, ist für das rechtliche Verhältnis gleichgültig, sofern nur der Wille des Erkrankten zur Annahme dieser Dienste vorhanden ist.

In diesem Falle handelt es sich um einen Dienstvertrag nach § 611 des BGB., indem der Arzt zur Leistung der versprochenen Dienste, der Erkrankte zur Gewährung einer vereinbarten oder stillschweigenden Vergütung sich verpflichtet. Allerdings entspricht ein solcher Vertrag nur dann der Rechtsordnung, wenn beide Parteien einen rechtlich gültigen Willen haben oder, wie es heißt, geschäftsfähig sind.

Geschäftsunfähig ist:

1. wer nicht das siebente Lebensjahr vollendet hat,
3. wer sich in einem die freie Willenstätigkeit ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist,
3. wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

Beschränkt geschäftsfähig sind Minderjährige bis zum vollendetem 21. Lebensjahre, entmündigte und unter Vormundschaft gestellte Personen.

An Stelle der genannten ganz oder teilweise Geschäftsunfähigen kann nun der gesetzliche Vertreter mit den gleichen rechtlichen Folgen den Arzt mit der Behandlung beauftragen. Der Geschäftsunfähige haftet dann dem Arzt für die Vergütung in derselben Weise, als sei der Vertrag von ersterem mit letzterem vereinbart. Dabei kann es sich um einen wirklichen Vertrag auf Behandlung als Hausarzt, oder um einen wirklichen oder stillschweigenden Vertrag auf Behandlung der gerade vorliegenden Erkrankung handeln. Welcher Kategorie die ärztlichen Leistungen zuzurechnen sind, ergibt sich aus den begleitenden Umständen.

Einen ganz außerordentlichen Umfang hat in neuerer Zeit die Behandlung von solchen geschäftsfähigen Kranken erfahren, welche dem Arzt durch Vertrag mit einem dritten übertragen wird. Früher kam in dieser Beziehung nur die ärztliche Behandlung von Hausgenossen, Dienstboten, Angestellten und Institutsinsassen im Auftrag des Hausherrn oder Institutsvorstehers in Betracht, heute entfällt die große Zahl von Kassenkranken, Klienten von Berufsgenossenschaften und Invalidenversicherungsanstalten und ähnlichen Einrichtungen in diese Gruppe. Aus diesem Verhältnis ergeben sich einmal rechtliche Verpflichtungen zwischen dem Arzt und den Kranken, welche auf Grund des Vertrags ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen und sodann zwischen dem Arzt und derjenigen Körperschaft, welche die Behandlung ihrer Klienten dem betreffenden Arzt übertragen hat.

Von einem Vertrag zwischen Arzt und Kranken kann dagegen keine Rede sein, wenn der Arzt im Auftrage einer Behörde einen Gefängnisinsassen behandelt oder im Auftrage einer Behörde oder eines Dritten ein Gutachten über den Gesundheitszustand eines Menschen gibt. Nichtsdestoweniger entstehen auch aus dieser ärztlichen Tätigkeit andere Rechtsverhältnisse, welche wir in der Folge noch eingehend zu erörtern haben.

Bei der seither besprochenen ärztlichen Tätigkeit handelt es sich stets um solche in speziellem Auftrag. Es gibt aber in der Praxis viele Fälle, in welchen weder der Erkrankte in der Lage ist, einen rechts-

gültigen Vertrag zu schließen (ein Bewußtloser, Verunglückter, ein Entmündigter, ein Kind unter sieben Jahren) noch ein gesetzlicher Vertreter den Arzt um Hilfe angeht. Ein derartiger Fall wird dem Arzt von Dritten zugeführt, welche kein anderes Interesse haben, als in Fällen der Not sich nützlich zu machen, jedenfalls nicht den Wunsch haben, den Arzt mit der Behandlung eines Bewußtlosen auf ihre Rechnung zu betrauen.

Übernimmt der Arzt in einem derartigen Fall die Behandlung, so handelt es sich nach der Auffassung von Zitelmann*) um eine Geschäftsführung ohne Auftrag. Diese Geschäftsführung dauert so lange, als der Patient sich nicht im Besitze freier Willenstätigkeit befindet. Ist die freie Willenstätigkeit zurückgekehrt, so kommt der Zeitpunkt, in welchem der Kranke durch Worte oder durch Handlungen (Annahme der Weiterbehandlung) erklärt, daß er die Behandlung fortgesetzt zu sehen wünscht. Von diesem Augenblicke an gelten wieder die früher erwähnten Vertragsgrundsätze.

Die Geschäftsführung ohne Auftrag, d. h. die ärztliche Behandlung, ohne daß der Wille des Behandelten eingeholt werden konnte, ist insofern für den Arzt eine schwierige, als gerade in diesen Fällen zivilrechtliche und strafrechtliche Klagen vielfach erhoben worden sind. Betrachten wir den Fall, daß der Gesundheitszustand eines Bewußtlosen eine sofortige Operation notwendig machte. Der schwer Erkrankte oder Verunglückte wird gerettet, die Operation gelingt, aber nach Abschluß der ärztlichen Behandlung verlangt der Operierte von dem Arzt Schadensersatz für den Verlust eines Armes oder eines Beines. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Operation ohne den Willen des Erkrankten einen Eingriff in fremde Rechtsgüter darstellt und somit rechtswidrig ist. Aber die objektive Rechtswidrigkeit ist ausgeschlossen:

1. wenn der eingreifende Arzt als Geschäftsführer in den Grenzen des BGB. (§ 677) handelt,
2. wenn die Geschäftsführung die Abwendung einer dem Geschäftsherrn drohenden dringenden Gefahr betrifft.

Eine Klage wie die oben erwähnte ist also bei Vorliegen der Punkte 1 oder 2 ausgeschlossen. Zitelmann hat die für die Geschäftsführung ohne Auftrag wichtigen Punkte wie folgt formuliert.

I. Der Handelnde muß das Interesse des Geschäftsherrn verfolgen, nicht sein eigenes.

---

*) Hamm pflichtet allerdings dieser Auffassung nicht bei, aber eine Entscheidung des Landgerichtes Halle hat die Geschäftstührung ohne Auftrag in einem andern Fall der Entscheidung zugrunde gelegt und unter Ersatz der Aufwendungen die Zahlung des ärztlichen Honorars zugebilligt.

II. Die Geschäftsführung muß eine nützliche sein, sie darf mit dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn nicht in Widerspruch stehen.

III. Der wirkliche oder mutmaßliche Wille des Geschäftsherrn muß inhaltlich in Einklang mit der Rechtsordnung stehen. Er darf gegen ein gesetzliches Verbot oder die guten Sitten nicht verstoßen.

Wenn somit ein Arzt bei einem Bewußtlosen eine dringend notwendige Operation vornimmt, so handelt er in nützlicher Geschäftsführung und keineswegs widerrechtlich, soweit er annehmen konnte, daß der zu Operierende bei klarem Bewußtsein, der Notwendigkeit gegenübergestellt, seine Zustimmung erteilt hätte. Mußte der Arzt aber annehmen, daß der Patient seine Erlaubnis zur Operation nicht gegeben haben würde, so fehlte ihm die rechtliche Grundlage.

Zwei Beispiele aus dem praktischen Leben mögen dieses erläutern.

Eine Patientin, welche seit Jahren an einem Unterleibsleiden erkrankt ist, hat dem Arzt den Auftrag erteilt, den kranken Eierstock operativ zu entfernen. Nach der Eröffnung der Bauchhöhle findet sich aber außer dem erkrankten Eierstock ein mit Eiter erfüllter Wurmfortsatz. Da dieser eine der Auftraggeberin drohende dringende Gefahr darstellt, ist der Arzt selbstverständlich berechtigt, denselben ebenfalls zu entfernen. Er hat es nicht nötig (wie gelegentlich geschehen) die Narkose zu unterbrechen und die nachträgliche Einwilligung einzuholen.

Eine andere Patientin hat sich energisch dagegen verwahrt, daß die seit Jahren schwer erkrankte Gebärmutter entfernt werde. Nun wird bei der bewußtlos Gewordenen plötzlich eine Bauchoperation notwendig, es wäre leicht, neben der zur Abwehr der Lebensgefahr notwendigen Operation auch die Entfernung der kranken Gebärmutter vorzunehmen. Aber dieser steht der zweifellose Wille der Kranken entgegen — und soweit würde diese Operation objektiv rechtswidrig sein.

Indessen ist der Wille eines Bewußtlosen, wie Zitelmann mit Recht betont, nicht stets bindend. Sonst wäre es bei der Geschäftsführung ohne Auftrag nicht gestattet, den Selbstmord zu hindern. Denn gewiß kann man mit Heimberger annehmen, daß ein Selbstmörder die ärztliche Hilfe ablehnt. Wenn also ein Arzt an einem schon bewußtlos gewordenen Selbstmörder die blutenden Adern unterbindet, Schnitte vernäht oder eine Kugel entfernt, so handelt er gegen den mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn und müßte nach der Auffassung des Reichsgerichts wegen gefährlicher Körperverletzung bestraft werden, da die angewendeten Instrumente vielleicht als gefährliche im Sinne des Strafgesetzbuchs zu erachten sind. Diese Folgerung wird gewiß kein Gericht ziehen, da der Wille des Patienten keine Geltung beanspruchen darf, wenn er mit den gesetzlichen und ethischen Anschauungen des Staates

und seiner Bewohner im Gegensatz steht, also gegen die guten Sitten verstößt. Trifft doch schwere Strafe den Arzt wie jeden andern, der mit dem Willen eines Menschen einen Eingriff vornimmt, welcher diesen zum Militärdienst untauglich macht.

Demgemäß darf der Arzt den Auftrag eines Leidenden zur Operation nur insoweit ausführen, als es gesetzlich zulässig ist. Flügge führt den Fall an, daß eine in Geburtswehen befindliche Frau verlangt, der Arzt solle nicht eine für notwendig erklärte Zerstückelung der Frucht vornehmen, um die Geburt zu vollenden, sondern eine Tötung der Mutter zur Rettung der Frucht. In dieser Form wird das Verlangen wohl kaum gestellt werden, aber in dem Wunsch zur Entfernung der Frucht durch Bauchschnitt. Die Möglichkeit, das Kind auf diese Weise lebend zu entwickeln liegt vor, aber die Gefahr ist für die Mutter eine größere. In solchem Falle mag die Entscheidung gelegentlich schwer sein — da aber das Kind im Mutterleib noch nicht als lebender Mensch gilt, so steht stets das Interesse der Mutter voran.

Mit der Übernahme eines Kranken hat der Arzt alle zur Heilung einer Krankheit oder zur Linderung von Beschwerden erforderlichen Maßnahmen auf Grund seiner Berufspflichten zu treffen. Diese Berufspflichten umfassen einmal die Befolgung aller gesetzlichen Bestimmungen und sodann die speziellen, durch ärztliche Ehrengerichte und Ehrengerichtshof gegebenen Anweisungen.

Hat der Arzt pflichtgemäß seine Dienste geleistet, so hat er damit das Recht auf Vergütung, die entweder verabredet oder stillschweigend vereinbart ist. Als stillschweigend vereinbart gelten auch die Sätze, welche nach ortsüblichem Brauch für die betreffende Leistung und für die betreffenden Personen gebräuchlich sind. Für alle Streitfälle besteht aber die preußische Ministerialverfügung vom 15. Mai 1896, welche für die ganz überwiegende Menge der ärztlichen Verrichtungen Taxen festgesetzt hat, welche Minimal- und Maximalsätze anführen. Zwischen beiden hat der Arzt nach den besonderen Umständen des einzelnen Falles mit Rücksicht auf die Schwierigkeit der Verrichtung und die Vermögensumstände des Kranken zu wählen. Sollten aber ärztliche Verrichtungen in dieser Taxe nicht enthalten sein, so hat der Arzt das Recht, die Höhe der Vergütung zu bemessen, doch darf dieses nur in den Grenzen billigen Ermessens geschehen (BGB. § 115 Abs. 1). Für ärztliche Verrichtungen, deren Kosten der Staatskasse zur Last fallen, sind nach § 2 der allgemeinen Bestimmungen der Gebührenordnung vom 15. Mai 1896 die niedrigsten Sätze in Anwendung zu bringen, soweit nicht besondere Schwierigkeiten der ärztlichen Leistung oder das Maß des Zeitaufwands einen höheren Satz rechtfertigen. Bei Überschreitung der Mindestsätze empfiehlt es sich zur Vermeidung von Rückfragen, die höheren Sätze kurz zu begründen.

Zur Erleichterung der Prüfung ist von den liquidierenden Medizinalpersonen stets die Position der Taxe der Gebührenordnung oder des Gebührentarifs zu bezeichnen.

In jüngster Zeit sind vielfach ärztliche Forderungen an Krankenkassen Gegenstand des Rechtsstreites gewesen. In dem ersten Fall, der Erwähnung verdient, hatte ein Nichtkassenarzt einem Kassenkranken in einem dringenden Fall ärztlichen Beistand geleistet. Die Kasse weigerte sich, die Leistung zu honorieren, wurde aber von dem Landgericht I in Berlin verurteilt. Das Urteil führt aus, daß keine Geschäftsführung ohne Auftrag vorliegt, wenn jemand ein fremdes Geschäft als sein eigenes besorgt. Ein Arzt, der in dringendem Fall ein Krankenkassenmitglied behandle, werde in den seltensten Fällen den Willen haben, namens der Kasse dem Kranken seine Hilfe zu gewähren, sondern ausschließlich im eigenen Interesse und aus Rücksicht auf den Kranken. Dagegen sei die Kasse in einem solchen Fall zur Zahlung aus dem Rechtsgrund der ungerechtfertigten Bereicherung verpflichtet. Denn die geleistete Hilfe stelle einen Vermögensvorteil dar.

Ein zweiter Fall kam vor dem Landgericht in Halle zur Entscheidung. Ein Nichtkassenarzt war zu einer Fehlgeburt mit starker Blutung (also zu einem dringenden Fall) gerufen worden und hatte hier mühsame ärztliche Hilfe geleistet. Der Krankenkassenvorstand weigerte sich, die ärztliche Leistung zu honorieren, wurde aber verurteilt aus dem Gesichtspunkt der Geschäftsführung ohne Auftrag. Die Sorge für ärztliche Behandlung unterstützungspflichtiger Personen gehöre zu den Aufgaben der Krankenkasse. Diese Sorge, zu welcher die Kasse augenblicklich nicht in der Lage war, habe der Arzt als Geschäftsführer ohne Auftrag übernommen. Für diese Leistungen kann der Arzt Ersatz der Aufwendungen (also ärztliches Honorar) verlangen, wenn die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem mutmaßlichen oder wirklichen Willen des Geschäftsherrn entsprach.

„Ein entgegengesetzter Wille des Geschäftsherrn kommt nicht in Betracht, wenn es sich um eine Pflicht handelt, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt. Es liegt aber ein öffentliches Interesse vor, daß die Kasse ihren Verpflichtungen gegen die Ehefrau des Versicherten nachkommt.

Die Grenzen, welche den Maßnahmen des Arztes gezogen sind, ergeben sich nicht allein aus den Berufspflichten und den Gesetzen, sie müssen auch innerhalb des Einverständnisses des Kranken und eventuell seiner Umgebung liegen. Kein Arzt soll es versäumen, dem Kranken und den Angehörigen den reiflich erwogenen Behandlungsplan

mitzuteilen und so deren Interesse für den einzuschlagenden Weg wachzurufen; immer aber muß er berücksichtigen, daß der Kranke der Herr seines eigenen Körpers ist, daß die dem Arzt übertragenen Befugnisse jeden Augenblick zurückgenommen werden können und nicht weiter gehen, als der Kranke sich einverstanden erklärt hat oder als einverstanden zu betrachten ist. Keinesfalls darf aber der Arzt ohne Einverständnis des geschäftsfähigen Kranken eine Operation oder einen Eingriff in die Integrität seines Körpers vornehmen. Er macht sich sonst einer absichtlichen und widerrechtlichen Körperverletzung schuldig, für welche er sowohl zivilrechtlich als strafrechtlich zur Verantwortung gezogen werden kann. Bei diesen Verfehlungen ist es von ganz besonderer Bedeutung, daß der Arzt von Amts wegen, der Kurpfuscher nur auf Antrag verfolgt wird.

Die möglichen Strafen, welche den Arzt treffen können, haben in den letzten Jahren besonders deshalb eine größere Erregung hervorgerufen, weil nach einer Entscheidung des Reichsgerichts vom 31. Mai 1894 die § 223—232 des Strafgesetzbuchs auf Ärzte Anwendung finden können, indem ärztliche Operationen unter die Mißhandlungen oder die Körperverletzungen mittelst einer Waffe, insbesondere eines Messers, gerechnet werden, wenn der Arzt sein Recht auf einen Eingriff nicht „aus einem bestehenden Vertragsverhältnis“ oder dem „vermuteten Auftrage“ hierfür legitimierter Personen herleitet.

Die betreffenden Paragraphen lauten:

§ 223. Wer vorsätzlich einen andern körperlich mißhandelt, oder an der Gesundheit beschädigt, wird wegen Körperverletzung mit Gefängnis bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu 1000 Mk. bestraft.

§ 223 a. Ist die Körperverletzung mittelst einer Waffe, insbesondere eines Messers oder eines anderen gefährlichen Werkzeuges oder mittelst eines hinterlistigen Überfalls oder von mehreren gemeinschaftlich oder mittelst einer das Leben gefährdenden Behandlung, begangen, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter zwei Monaten ein.

§ 224. Hat die Körperverletzung zur Folge, daß der Verletzte ein wichtiges Glied des Körpers, das Sehvermögen auf einem oder beiden Augen, das Gehör, die Sprache, oder die Zeugungsfähigkeit verliert, oder in Siechtum, Lähmung oder Geisteskrankheit verfällt, so ist auf Zuchthaus bis zu fünf Jahren oder Gefängnis nicht unter einem Jahr zu erkennen.

§ 225. War eine der vorbezeichneten Folgen beabsichtigt und eingetreten, so ist auf Zuchthaus von zwei bis zu zehn Jahren zu erkennen.

§ 226. Ist durch die Körperverletzung der Tod des Verletzten verursacht worden, so ist auf Zuchthaus nicht unter drei Jahren oder Gefängnis nicht unter drei Jahren zu erkennen.

§ 228. Sind mildernde Umstände vorhanden, so ist in den Fällen des § 223 und 223a auf Gefängnis bis zu drei Jahren oder Geldstrafe bis zu 1000 Mk., in den Fällen des § 224 und . . . . . auf Gefängnis nicht unter einem Monat, und im Falle des § 226 auf Gefängnis nicht unter drei Monaten zu erkennen.

§ 231. In allen Fällen der Körperverletzung kann auf Verlangen des Verletzten neben der Strafe auf eine an denselben zu erlegende Buße bis zum Betrage von 6000 Mk. erkannt werden. Eine erkannte Buße schließt die Geltendmachung eines weiteren Entschädigungsanspruchs aus.

§ 232. Die Verfolgung leichter vorsätzlicher sowie aller durch Fahrlässigkeit verursachter Körperverletzungen (§§ 223, 230) tritt nur auf Antrag ein, sofern nicht die Körperverletzung mit einer Übertretung einer Amts-, Berufs- oder Gewerbspflicht begangen worden ist.

Zweifellos sind diese Bestimmungen des Strafgesetzbuchs ursprünglich nicht für den Mißbrauch der ärztlichen Tätigkeit gedacht, da die letztere ja nicht der Beschädigung der Gesundheit, sondern der Erhaltung dieser gilt. Es ist deshalb nicht wunderbar, daß sich von ärztlicher aber auch von juristischer Seite Bedenken gegen die Entscheidung des Reichsgerichts erhoben haben. Oppenheim, Dietrich, von Lilienthal, Stenglein haben sich mit dieser Frage beschäftigt. In einer eingehenden Arbeit „Strafrecht und Medizin" kommt Heimberger nach eingehenden Ausführungen zu folgendem Resultat:

Der nach der Lage des Falles angezeigte normal verlaufene ärztliche Eingriff ist an sich nicht als Gesundheitsbeschädigung, sondern als Heilungsbehandlung anzusehen. Er kann auch nicht als körperliche Mißhandlung aufgefaßt werden und verwirklicht nach keiner Richtung den objektiven Tatbestand der Körperverletzung.

Von etwas anderem Gesichtspunkt aus vertritt auch Graf Dohna diesen Standpunkt.

Um aber den Patienten gegen einen nicht gewollten ärztlichen Eingriff zu schützen, weist Heimberger in Übereinstimmung mit von Lilienthal auf die §§ 240 und 239 des StrGB. hin. Dieser Auffassung schließt sich auch Hamm an.

§ 240: Wer einen anderen widerrechtlich durch Gewalt . . . . . zu einer . . . . . Duldung . . . . . nötigt, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre oder mit Geldstrafe bis zu 600 Mk. bestraft.

Voraussetzung ist gemäß der Fassung des § 240, daß diese Nötigung durch Gewalt geschieht. Aber das dürfte doch kaum der Fall sein, da viel häufiger Täuschungen über die Folgen und Gefahr der Operation als Gewalt zur Anwendung kommen. Man könnte in solchem Fall auf den § 239 zurückgreifen, nach welchem derjenige mit Gefängnis bestraft wird, welcher einen Menschen vorsätzlich und widerrechtlich ein-

sperrt, oder auf andere Weise des Gebrauchs der persönlichen Freiheit beraubt.

Da aber die Fassung der §§ 240 und 239 nur schwer auf die ärztliche Tätigkeit anzuwenden ist, so hat Hamm, und im Anschluß an diesen die Ärztekammer der Rheinprovinz (Schultze), eine besondere Strafbestimmung für Ärzte (als § 239a) vorgeschlagen:

„Ein approbierter Arzt, der an einer Person in bewußtem Widerspruch mit ihrem Willen oder dem Willen ihres gesetzlichen Vertreters eine ärztliche Behandlung vornimmt, die ihren Körper verletzt oder ihre Gesundheit schädigt, wird wegen eigenmächtiger ärztlicher Behandlung mit Gefängnis oder Festungshaft bis zu einem Jahr oder mit Geldstrafe bis zu 1000 Mk. bestraft. Das gleiche gilt, wenn der Arzt eine solche Behandlung in Täuschung der Person oder ihres gesetzlichen Vertreters über Folgen oder Gefahr der Behandlung vornimmt."

„Straflosigkeit tritt ein, wenn die ärztliche Behandlung zur Rettung des Behandelten aus einer gegenwärtigen, auf eine ungefährliche Weise nicht zu beseitigenden Gefahr für Leib und Leben geschah, oder wenn durch die ärztliche Behandlung nur eine vorübergehende, nicht zu umgehende Verschlimmerung des körperlichen Befindens herbeigeführt wurde."

„Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein."

Diesen Auffassungen gegenüber stellt sich Zitelmann auf den Standpunkt, daß objektiv genommen jedes Eingreifen des Arztes zum Zwecke der Heilung, mag es auch noch so kunstgerecht sein, doch eine Körperverletzung im Sinne des Gesetzes darstellt. Durch die Einwilligung des Patienten wird die Rechtswidrigkeit ausgeschlossen. Eine Operation ohne Einwilligung des Kranken ist in den oben erwähnten Fällen der nützlichen Geschäftsführung und der Notwehr gestattet. Wollte man nach dem Vorschlag von Hamm-Schultze eine „Gefahr für Leib" neben derjenigen für das Leben als Grund der Straflosigkeit einer nicht bewilligten Operation annehmen, so wäre die Beurteilung der Notwendigkeit des Eingriffs wesentlich dem Arzt anheimgegeben, woraus leicht ein nicht immer begründetes Berufsrecht des Arztes abgeleitet werden könnte. Zitelmann erblickt in dieser Fassung aber auch eine Gefahr für den Arzt. Wird in einem derartigen Fall die Berechtigung zu einem operativen Eingriff aus einer „Gefahr für den Leib" nicht anerkannt, so stellt der ärztliche Eingriff ein Delikt dar. In diesem Fall ist der Arzt für allen Schaden haftbar, der dem Kranken aus dem Mißlingen der Operation erwächst, selbst wenn ihn nicht die leiseste Schuld an dem Mißlingen trifft.

Aus manchen nicht unberechtigten Gründen ist Zitelmann ein Gegner von Sondergesetzen für einzelne Stände.

„Wir brauchen," führt er aus, „eine gesetzgeberische Änderung,

welche eine kunstgemäße Heilbehandlung, die den Vorteil des Patienten bezweckt, aus dem Gebiet der Körperverletzung herausnimmt und damit ihre etwaige Strafbarkeit als Körperverletzung beseitigt."

Er schlägt deshalb für einen § 240a folgende Fassung vor:

„Wer vorsätzlich und widerrechtlich einen Eingriff ärztlicher Art an dem Körper eines andern zu Heilzwecken vornimmt, wird wegen eigenmächtiger ärztlicher Behandlung mit Gefängnis bis zu einem Jahr oder Festungshaft von gleicher Dauer, oder mit Geldstrafe bis zu 2000 Mk. bestraft.

Die Behandlung ist nicht widerrechtlich, wenn sie mit Einwilligung des Behandelten oder eines gesetzlichen Vertreters, oder wenn sie zwar ohne Einwilligung, aber dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Behandelten oder seines gesetzlichen Vertreters entsprechend erfolgt.

Wer die Eigenmächtigkeit fahrlässig begeht, wird mit Gefängnis bis zu einem Monat oder Festungshaft von gleicher Dauer oder mit Geldstrafe bis zu 500 Mk. bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein. Eines Antrags bedarf es nicht, wenn infolge der Behandlung der Behandelte gestorben oder in Geisteskrankheit verfallen ist."

Zu dem Verschulden gehört übrigens auch der erforderliche subjektive Tatbestand. Fehlt dieser, so fällt sowohl Strafe als Schadensersatzpflicht fort. Ein subjektiver Tatbestand des Verschuldens wird in denjenigen Fällen ausgeschlossen werden können, in welchen der Arzt die Einwilligung des Kranken oder des rechtlichen Vertreters zu besitzen glaubt, oder eine stillschweigende Einwilligung anzunehmen berechtigt ist.

In diesem Sinne ist auch eine Entscheidung des Reichsgerichts erfolgt.

In dem Fall, welcher diese Entscheidung herbeiführte, hatte ein Augenarzt bei einem achtzehnjährigen Mädchen, welches als Patientin der Krankenkasse ihn aufsuchte, eine Schieloperation vorgenommen, ohne die Einwilligung zur Operation von dem gesetzlichen Vertreter des Mädchens einzuholen. Die kunstgemäß ausgeführte Operation führte durch unglücklichen Verlauf zum Verlust des betreffenden Auges. Nun wurde Klage auf Schadensersatz von mehreren tausend Mark erhoben, wobei Landgericht und Oberlandesgericht zu verschiedenen Urteilen kamen. Das Reichsgericht wies die Klage ab, da der Arzt erstens bei dem in der Regel günstigen Ausgang der Schieloperation zu der Annahme berechtigt war, daß der gesetzliche Vertreter sicher seine Einwilligung zu der gefahrlosen Operation gegeben hätte, falls er darum angegangen wäre; zweitens weil er nicht wegen Fahrlässigkeit bei Ausführung der Operation oder wegen Kunstfehlers haftbar gemacht werden konnte.

Allerdings finden Brückmann sowie Flügge diese Entscheidung nicht rechtsgemäß. Beide erkennen aber eine Lücke des Gesetzes an, und Brückmann schlägt vor, daß die Operation an einem Minderjährigen straflos bleiben und nicht zum Schadensersatz verpflichten solle, wenn der operative Eingriff:

1. dem Willen des gesetzlichen Vertreters und des Kindes entspricht und angemessen ist (befindet sich der Wille des Vertreters mit dem des Kindes nicht in Einklang, so geht derjenige vor, der mit der Angemessenheit übereinstimmt);
2. in Ermangelung eines Willens des Kindes dem Willen des Vertreters entspricht und angemessen ist;
3. in Ermangelung eines Willens des Vertreters dem Willen des Kindes entspricht und angemessen ist;
4. in Ermangelung eines Willens oder eines gesetzlichen Vertreters angemessen ist.

Es ist mir zweifelhaft, ob diese Fassung dauernd alle rechtlichen Bedenken beseitigen wird, während die Entscheidung des Reichsgerichts eine gute Grundlage für die Entscheidung der verschiedensten Fälle bieten dürfte.

Wir wenden uns nun den straf- und zivilrechtlichen Folgen bei Kunstfehlern und fahrlässiger Körperverletzung zu. Ich greife einige Beispiele aus meiner persönlichen Erfahrung heraus. Ein Frauenarzt konstatierte bei einer Dame einen Polypen der Gebärmutter, der aus dem Muttermund vortrat und mit seinem Stiel im Fundus des Uterus saß. Er machte der Dame den Vorschlag der Operation, der sofort angenommen wurde. Der Operateur brannte mit galvanokaustischer Schlinge den Stiel des Polypen, wie er meinte, ohne Verletzung der Uteruswand durch, die Dame starb innerhalb weniger Tage an septischer Peritonitis, und die Obduktion ergab, daß der nach unten gestülpte Fundus des Uterus bei der Durchtrennung eine Perforation erfahren hatte. In diesem Falle war eine richtige Diagnose gestellt, die Ausführung der indizierten Operation war eine fehlerhafte, welche den Tod der Patientin zur Folge hatte. Der Fall wurde allerdings nicht straf- und zivilrechtlich verfolgt; wäre es dazu gekommen, so hätte die Anklage gelautet, daß der Arzt durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht habe. Ob in diesem Falle ein entschuldbarer Irrtum zur Freisprechung Veranlassung gegeben hätte, ist mir zweifelhaft. In einem anderen Falle hatte ein junger Arzt bei dem Anlegen einer Zange die Gebärmutter durchstoßen und so Veranlassung zu einer septischen Bauchfellentzündung gegeben.

Den Kunstfehlern dürfte es heute auch zugerechnet werden, wenn ein Arzt bei Operationen nicht die genügende Sorgfalt auf Asepsis gelegt hat, oder wenn er Schwämme oder ähnliche Gegenstände im Körper zurückläßt, welche in der Folge zu Störungen führen. In einzelnen Fällen letzter Art ist Freisprechung erfolgt, es dürfte aber die Berechtigung zum Freispruch nicht immer in gleicher Weise anerkannt werden.

Ebenso wie die Behandlung bei richtiger Diagnose fehlerhaft sein kann, so kann auch eine fehlerhafte Diagnose das gleiche Resultat ergeben. Sowohl operative Eingriffe als falsche Verordnungen können in dieser Beziehung in Betracht kommen. Weiterhin kann Fahrlässigkeit in der Ordination von Arzneimitteln vorliegen und hierdurch der Tod eines Menschen herbeigeführt oder eine Körperverletzung hervorgerufen werden. Für alle diese Verfehlungen kommt sowohl das Strafgesetzbuch als das Bürgerliche Gesetzbuch in Betracht.

a) Strafgesetzbuch.

§ 222. Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft.

Wenn der Täter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet war, so kann die Strafe bis auf fünf Jahre erhöht werden.

§ 230. Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines andern verursacht, wird mit Geldstrafe bis zu 900 Mk. oder mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft.

War der Täter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders ververpflichtet, so kann die Strafe auf drei Jahre Gefängnis erhöht werden.

b) Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 823. Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines anderen widerrechtlich verletzt, ist dem anderen zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet.

Die gleiche Verpflichtung trifft denjenigen, welcher gegen ein den Schutz eines andern bezweckendes Gesetz verstößt. Ist nach dem Inhalte des Gesetzes ein Verstoß gegen dieses auch ohne Verschulden möglich, so tritt die Ersatzpflicht nur im Falle des Verschuldens ein.

§ 843. Wird infolge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten aufgehoben oder gemindert, oder tritt eine Vermehrung seiner Bedürfnisse ein, so ist dem Verletzten durch Entrichten einer Geldrente Schadenersatz zu leisten.

Statt der Rente kann der Verletzte eine Abfindung in Kapital verlangen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

Der Anspruch wird nicht dadurch ausgeschlossen, daß ein anderer dem Verletzten Unterhalt zu gewähren hat.

§ 844. Im Falle der Tötung hat der Ersatzpflichtige die Kosten der Beerdigung demjenigen zu ersetzen, welchem die Verpflichtung obliegt, diese Kosten zu tragen.

Stand der Getötete zur Zeit der Verletzung zu einem Dritten in einem Verhältnisse, vermöge dessen er diesem gegenüber kraft Gesetzes unterhaltungspflichtig war oder unterhaltungspflichtig werden konnte, und ist dem Dritten infolge der Tötung das Recht auf den Unterhalt entzogen, so hat der Ersatzpflichtige dem Dritten durch Entrichtung einer Geldrente insoweit Schadensersatz zu leisten, als der Getötete während der mutmaßlichen Dauer seines Lebens zur Gewährung des Unterhalts verpflichtet gewesen sein würde.

Die Vorschriften des § 843 Abs. 2—4 finden entsprechende Anwendung. Die Ersatzpflicht tritt auch dann ein, wenn der Dritte zur Zeit der Verletzung erzeugt, aber noch nicht geboren war.

§ 845. Im Falle der Tötung, der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit sowie im Falle der Freiheitsentziehung hat der Ersatzpflichtige, wenn der Verletzte kraft Gesetzes einem Dritten zur Leistung von Diensten in seinem Hauswesen oder Gewerbe verpflichtet war, dem Dritten für die entgehenden Dienste durch Entrichtung einer Geldrente Ersatz zu leisten.

§ 847. Im Falle der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit, sowie im Falle der Freiheitsentziehung kann der Verletzte auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld verlangen. Der Anspruch ist nicht übertragbar und geht nicht auf die Erben über, es sei denn, daß er durch Vertrag anerkannt oder daß er rechtsanhängig geworden ist.

Für alle diese straf- und zivilrechtlichen Bestimmungen kommt aber bei ihrer Anwendung auf den Arzt in Betracht, daß die Verletzung eine fahrlässige sein muß. Als solche ist sie dann anzunehmen, wenn der Arzt es an der erforderlichen Vorsicht bei seiner Tätigkeit hat fehlen lassen. Hat er die für seinen Beruf erforderliche Vorsicht nicht aus den Augen verloren, so liegt ein entschuldbarer Irrtum vor. Für den Arzt kommt aber weiterhin in Betracht, erstens daß er vermöge seines Berufes zur Aufmerksamkeit besonders verpflichtet und deshalb höher strafbar ist, zweitens daß die Verfolgung der durch Übertretung einer Berufspflicht entstandenen Verfehlungen von Amts wegen eintritt, so daß der Arzt eo ipso, der Kurpfuscher nur auf Antrag verfolgt wird.

Von besonders einschneidender Bedeutung sind die zivilrechtlichen Folgen bei Übertretung des § 823. Zunächst kann der Arzt für allen

Schaden, welcher einem Patienten aus einem Kunstfehler oder einer fahrlässigen Beeinträchtigung erwächst, haftbar gemacht werden. Hat ein Patient durch Schuld des Arztes die Gebrauchsfähigkeit eines gebrochenen Oberschenkels nicht wieder erlangt, so kann er den Arzt haftbar machen. Das gleiche Recht steht aber einer Berufsgenossenschaft zu, welcher der Schaden durch die Erwerbsbeschränkung eines Klienten entstanden ist.

Weiterhin ist der Arzt haftbar, wenn er durch Fahrlässigkeit die Übertragung ansteckender Erkrankungen verursacht hat. Er kann dieses einmal durch seine eigene Person verschulden, sodann aber dadurch, daß er die Anzeige einer ansteckenden Erkrankung unterläßt und bei entsprechendem Fortfall der medizinalpolizeilichen Maßnahmen zur Übertragung Veranlassung gibt. Diese Folgen der Haftbarkeit können ganz außerordentlich große sein. Allerdings wird der Nachweis des ursächlichen Zusammenhanges nicht immer leicht zu führen sein. Denn nicht die falsche Behandlung (oder die Unterlassung der gebotenen ärztlichen Leistung, resp. die unterlassene Zuziehung eines zweiten Arztes) allein genügt zur Verurteilung. Aber ein Reichgerichtsurteil vom 12. Januar 1844 erklärt es für genügend, wenn nach dem regelmäßigen Gang der Dinge die Wahrscheinlichkeit eines ursächlichen Zusammenhanges vorliegt. Allerdings können mildernde Umstände bei der Beurteilung eines für den Arzt besonders schwierigen Falles zur Freisprechung führen. Ein folgenschwerer Fall aus jüngster Zeit, welcher auf falscher Rezeptur beruhte, sei hier angeführt.

Ein Arzt hatte einem Neugeborenen zur Verhütung von Blennorrhoe statt einer 2%igen eine 50%ige Lösung von Argentum nitricum in die Augen träufeln lassen. Eine eitrige Entzündung der Augen mit Beeinträchtigung der Sehkraft war die Folge. Der Arzt wurde wegen fahrlässiger Körperverletzung zu einer Strafe von 100 Mk. verurteilt. Außerdem klagte der Vater des Kindes im Zivilprozeß auf 75000 Mk. Schadensersatz.

Aber auch Unterlassung einer notwendigen Untersuchung und Behandlung (gynäkologische, Mastdarmuntersuchung bei Blutungen, Magenausspülung bei Vergiftungen, unterlassene Unterbindungen) kann als Kunstfehler straf- und zivilrechtliche Ansprüche zur Folge haben.

So kann bei einer Quecksilberkur die unterlassene Untersuchung des Zahnfleisches und eine durch Fortsetzung der Behandlung entstandene Stomatitis Haftpflichtansprüche an den Arzt im Gefolge haben.

Daß ein Arzt eine in hilflosem Zustand befindliche Kranke (z. B. eine Kreisende), deren Behandlung er übernommen hat, nicht ohne ärztliche Hilfe unter Abbruch der Behandlung verlassen darf, sei hier nochmals betont.

Von besonderer Bedeutung ist weiterhin, daß der Arzt auch für

die von ihm bestellten Vertreter, Assistenten und Pflegepersonal haftpflichtig ist.

§ 831 des BGB. „Wer einen andern zu einer Verrichtung bestellt, ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, den der andere in Ausführung der Verrichtung einem Dritten widerrechtlich zufügt."

Aber die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn der Arzt bei der Auswahl des Vertreters und bei der Beschaffung von Vorrichtungen oder Gerätschaften die im Verkehr erforderliche Sorgfalt beobachtet hat, oder wenn der Schaden auch bei der Anwendung dieser Sorgfalt entstanden sein würde.

Ein interessanter Fall dieser Art hat in den letzten Jahren mehrfach die Gerichte beschäftigt.

In einer Universitätsklinik befand sich eine Dame zur Vornahme einer Operation. In der Nacht erkrankte sie mit heftigen Schmerzen und verlangte ein Beruhigungsmittel. Die Schwester weigerte sich zunächst, dann aber begab sie sich an den Arzneischrank und entnahm aus diesem, wie sie glaubte, ein Morphiumpulver. Die Kranke nahm das Pulver, aber die Schmerzen nahmen in rasender Weise zu, der Assistenzarzt wurde gerufen und konstatierte, daß statt Morphiumpulvers ein Ätzmittel verabreicht war. Die sofortige Ausspülung des Magens ergab reichlichen Blutgehalt. Durch sorgfältige Behandlung gelang es, das Leben der Dame zu retten, aber jahrelanges Siechtum blieb die Folge. Der Ehemann erhob Zivilklage und infolge dieser wurde der Chefarzt zunächst zum Schadensersatz von 12000 Mk. verurteilt, weil er die nötige Sorgfalt bei der Aufbewahrung differenter Medikamente nicht beobachtet hatte und so die Möglichkeit vorhanden war, daß die Schwester in einem Irrtum die schädigende Medizin verabreichte.

In diesem Falle war also der ursächliche Zusammenhang zwischen schuldhaftem Verfehlen und der erlittenen Gesundheitsschädigung ganz zweifellos.

Gegen alle pekuniären Gefahren seines Berufes kann sich der Arzt am besten durch Haftpflichtversicherung schützen. Auch vor schweren Aufregungen ist er damit am besten geschützt. Die heutige Zeit ist mehr als eine frühere geneigt, wirkliche oder vermeintliche Schädigungen in Geld umzurechnen. Dem ist auch der Arzt ausgesetzt. Droht nun ein Patient mit einer Schadensersatzklage, so übergibt der Arzt die Angelegenheit am besten der Versicherungsgesellschaft, welche die ganzen Prozeßverhandlungen in die Hand nimmt. Ist der Arzt unglücklicherweise nicht versichert, so übergibt er die Sache am besten einem Rechtsanwalt. Kirchberg warnt mit Recht den Arzt, die Angelegenheit etwa durch eine sofortige Geldzahlung aus der Welt schaffen zu wollen. Derartiges wird als Schwäche angesehen und weiter ausgenutzt.

Über die Verpflichtung des Arztes, bei Ausstellung von Zeugnissen und Gutachten die größte Gewissenhaftigkeit walten zu lassen, habe ich schon eingehend gesprochen. Unrichtige Zeugnisse, sei es, daß sie wider besseres Wissen oder fahrlässig ausgestellt sind, haben ähnliche strafrechtliche und zivilrechtliche Folgen, wie sie oben ausgeführt sind. Die Strafen (§ 278) für unrichtige Zeugnisse wider besseres Wissen, zum Gebrauch bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft, lauten auf Gefängnis von einem Monat bis zu zwei Jahren.

Auch Haftbarkeit für entstehenden Schaden tritt ein, wenn der Arzt durch ein unrichtiges Zeugnis eine Tatsache behauptet, die geeignet ist, Nachteile für den Erwerb oder das Fortkommen eines anderen herbeizuführen. Doch fällt die Haftbarkeit fort, für eine Mitteilung, deren Unwahrheit dem Mitteilenden unbekannt ist, wenn er oder der Empfänger an der Mitteilung ein berechtigtes Interesse hat.

Daß ein Arzt wider besseres Wissen ein Zeugnis ausstellt, sollte man kaum denken. Und doch habe ich einen derartigen Fall erlebt. Ein junger Arzt wird zu einer Familie gerufen und findet den Mann tot vor. Eine Strangulationsnarbe zeigt, daß der Tod infolge Erhängens eingetreten ist. Verzweifelt stehen die Angehörigen umher, verzweifelt fleht die eben Witwe Gewordene den jungen Arzt an, die Todesursache zu verheimlichen. Er läßt sich erweichen und bescheinigt Tod durch Herzschlag. Glücklicherweise wurde die Angelegenheit durch den Medizinalbeamten unter Zuziehung des jungen Arztes beigelegt.

In einem andern Fall*) wurde ein Arzt in Stendal, weil er wider besseres Wissen unrichtige Zeugnisse über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauch bei einer Versicherungsgesellschaft ausgestellt hatte, zu neun Monaten Gefängnis und Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte auf zwei Jahre verurteilt.

Sehr viel häufiger erfolgen unrichtige Zeugnisse durch Fahrlässigkeit. Ein eigentümlicher Fall dieser Art wurde am Niederrhein viel besprochen.

Ein Arzt, eben im Begriff mit seiner Frau in eine Gesellschaft zu gehen, wird eiligst gerufen. Eine ältere Frau war mit Angstrufen von der Straße in ihr Haus gestürzt und dort tot zusammengebrochen. Hier fand sie der Arzt, ließ sie auf das Bett legen und bescheinigte Tod durch Herzschlag. Nun wird die Leichenfrau gerufen, entkleidet die Frau und findet einen großen Schnitt in der Bauchwand, durch welche verletzte Därme und reichliche Mengen Blutes ausgetreten waren.

Der Fall wurde nicht gerichtlich oder ehrengerichtlich verfolgt, trug aber zum Ansehen des Arztes nicht bei.

Häufig werden fahrlässige Zeugnisse bei Fällen von Unfall-

*) Zeitschrift für ärztliche Fortbildung. 2. Jahrgang. S. 69.

berufsgenossenschaften und Versicherungsgesellschaften ausgestellt; ein Arzt attestierte einem Manne, daß er noch völlig erwerbsunfähig sei, während der Betreffende seit einem Monat wieder seinen vollen Lohn verdiente. Bei dem Kapitel ärztliche Ehrengerichte habe ich über die Verurteilung in einem solchen Fall schon berichtet.

Die straf- und zivilrechtlichen Folgen, welche auf unzüchtige Handlungen, Notzucht, Fruchtabtreibung gesetzt sind, ergeben sich aus den §§ 174, 176, 177, 218, 219, 220 des StrGB. und den §§ 825, 826, 827, 842, 847 des BGB. (vergleiche Anhang).

Wie ich schon früher ausgeführt habe, gehört sittliche Integrität zu den vornehmsten Aufgaben des Arztes. Ich glaube auch hinzusetzen zu dürfen, daß die deutschen Ärzte in ihrer größten Mehrzahl dieser Aufgabe sich bewußt sind, wenn auch einzelne Ausnahmen bei der großen Zahl von Ärzten nicht wunderbar sein dürften.

Daß aber in dem ärztlichen Beruf mancherlei Gefahren liegen, muß betont werden. Nur allzu leicht suchen Frauen, bei welchen die Periode ausgeblieben ist, jüngere Ärzte unter Angabe von mancherlei Beschwerden von seiten des Unterleibs auf, in der Hoffnung, daß eine eingehende Untersuchung des Genitalapparates zu einer Beendigung der Schwangerschaft führt. Der Arzt kann in dieser Hinsicht nicht vorsichtig genug sein. Es ist auch vorgekommen, daß eine unverheiratete eine vorhandene Schwangerschaft verhehlende Person sich dem jungen Arzt hingab, in der Hoffnung, daß dieser sie vor der Schande rette. Ich erinnere mich eines wenig glücklichen Ehebundes, der aus solchen Vorkommnissen entstanden ist.

Aber auch ohne derartige Absichten wird der junge Arzt hier und da von Mädchen und Frauen aufgesucht und durch ein überraschendes Vertrauen beehrt. Nur allzu leicht führt ein Vergessen des Arztes auf direktem oder indirektem Wege zu einem völlig unbeabsichtigten Eheschluß.

In anderen Fällen werden von enttäuschten Mädchen Beschuldigungen gegen den Arzt ausgestreut und von Mund zu Mund weiter getragen, ohne daß dieser etwas davon erfährt. Der Arzt kann deshalb nicht vorsichtig genug im Umgang und bei der Untersuchung von jungen, besonders halbwüchsigen Mädchen sein. Er soll jegliche Untersuchung und Behandlung möglichst nur in Gegenwart einer Begleiterin vornehmen.

In einzelnen deutschen Staaten sind die Ärzte auch verpflichtet, von der versuchten oder erfolgten Fruchtabtreibung, die sie bei ihren Patientinnen konstatiert haben, Anzeige zu erstatten. Hier tritt eine Kollision der Pflichten ein, auf welche wir bei den Pflichten zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses einzugehen haben.

Ich glaube, daß in solchen Fällen die durch das Reichsgesetz auferlegte Schweigepflicht die vornehmere Pflicht ist, falls es sich nicht um fortgesetzte verbrecherische Handlungen einer Hebamme handelt. Der Arzt, der eine Denunziation eines wenn auch durch eigene Schuld unglücklich gewordenen Menschenkindes scheut, kann sich der Anzeige dadurch entziehen, daß er nach der Ätiologie einer vorliegenden möglicherweise auch durch Abtreibung entstandenen Krankheit nicht nachforscht. Häufig wird er der Schwierigkeit dadurch überhoben, daß die Betreffende eine andere annehmbare Erklärung für die Krankheit angibt.

Siebzehnte Vorlesung.

Arzt und Recht II, ärztliches Berufsgeheimnis.

(Fahrlässige Verletzung des Berufsgeheimnisses, Briefe und Bücher des Arztes, Gehilfen und Assistenzärzte, Begriff des Geheimnisses, die befugte Offenbarung, Kollision der Pflichten, Bedeutung der Verbrechen für die Schweigepflicht des Arztes, ansteckende Erkrankungen und Schweigepflicht, gerichtliches Zeugnis und Schweigepflicht, Syphilis, die Offenbarung von Syphilis und Tuberkulose als Notwehr, als Schutz der anvertrauten Klienten, Schweigepflicht des Arztes im Interesse des Patienten.)

M. H.! Die Bewahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses gehört zu den ältesten und vornehmsten Pflichten des ärztlichen Standes. Die früher bei der Erwerbung der Doktorwürde gebräuchliche, auf Hippokrates zurückgeführte Eidesformel lautet:

„Wenn ich bei Ausübung des Berufes wie auch außerhalb der ärztlichen Tätigkeit im täglichen Leben etwas sehe und höre, dessen Bekanntgabe sich nicht ziemt, so werde ich es geheim halten und darüber schweigen."

Es liegt auf der Hand, daß ein Kranker sich nur dann vertrauensvoll an den Arzt zu wenden und diesem sein Leiden und die oft geheimen Ursachen klarzulegen vermag, wenn er sicher ist, daß dem Arzt mindestens die moralische Pflicht innewohnt, anvertraute Geheimnisse zu bewahren. Diesem selbstverständlichen Wunsche ist auch die Gesetzgebung nachgekommen und hat als wichtige öffentlich-rechtliche Bestimmung folgendes festgesetzt:

§ 300 des Strafgesetzbuchs: Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Verteidiger in Strafsachen, Ärzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu 1500 Mk. oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein."

Trotz dieser moralischen und rechtlichen Verpflichtung wird gegen die Pflicht zur Wahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses häufig gesündigt. In kleineren Städten werden nicht allzu selten die Krank-

heitsfälle am Stammtisch besprochen. Noch vor kurzem klagte mir eine Dame, daß ich sie über das Leiden ihres Mannes im unklaren halte, während den Stammtischgenossen ihres Hausarztes nicht nur das Leiden völlig bekannt sei, sondern auch die Schwere desselben. So habe vor wenig Tagen ein Herr ihrer Kammerjungfer gesagt, nach der Ansicht von Dr. L. sei es geradezu überraschend, daß ihr Mann bei seinem schweren Leiden noch lebe.

„Sie können sich denken, wie furchtbar diese Mitteilung mich berührt hat," klagte die Frau. Dabei litt der Mann an Arteriosklerose, deren Verlauf sich noch sehr wohl über ein Jahr erstrecken konnte.

Manche Ärzte ahnen gar nicht, welches Unheil sie mit ihrer Schwatzhaftigkeit anrichten. Wichtigtuerei, Reklamesucht und die Furcht, ein für andere überraschender Todesfall könne zu ungunsten ihres ärztlichen Könnens ausgelegt werden, veranlassen einzelne Ärzte zur Untreue gegenüber anvertrauten Geheimnissen, ohne daß sie sich die Folgen völlig klar machen. Von einem Arzt einer größeren Stadt wurde mir sogar von glaubwürdigen Freunden erzählt, daß er die Erzählung von Krankengeschichten und Todesfällen am Biertisch mit anatomischen Skizzen zu illustrieren pflege.

Häufig findet auch durch die Frauen der Ärzte eine Verbreitung ärztlicher Geheimnisse statt. Der zu einem dringenden Fall gerufene Arzt wird von der Gattin nach dem Grunde der Berufung gefragt, er teilt ihn mit, und in Kaffeekränzchen und im Kreise sogenannter guter Freundinnen prunkt die Frau mit ihrem Wissen. Ich erinnere mich auch eines Landstädtchens, in welchem die meisten Kranken sich scheuten, dem Arzt in seiner Wohnung eine vertrauliche Mitteilung zu machen, weil die im Nebenzimmer befindliche Gattin alles hörte. Es soll sogar Arztfrauen geben, welche in eifersüchtigen Anwandlungen die heimlichen Teilnehmer an ärztlichen Beratungen ihrer Männer sind. Daß das Publikum sich über derartige Vorkommnisse erregt, ist nicht wunderbar. Mancher hat auf Grund dieser seine Praxis ganz oder teilweise eingebüßt. In einem derartigen Fall hat die indiskrete als witzig belachte Bemerkung eines Arztes aus der Praxis diesen zum Verlassen der Stadt genötigt, weil er plötzlich von allen besseren Familien in Acht und Bann getan wurde.

Eine liebenswürdige, allgemein beliebte junge Dame der Gesellschaft hatte einen Offizier geheiratet; aus dieser Ehe stammten zwei Kinder: der Offizier starb drei Jahre nach der Verheiratung ganz plötzlich. Die junge Witwe war untröstlich und verfiel in ein Nervenleiden. Zu dieser Dame wurde der Arzt plötzlich gerufen, als er am gewohnten Stammtisch saß, so daß die Bekannten die Bestellung hörten. Als der Arzt zurückkehrte, frug einer der Bekannten: „Nun, was fehlt der Frau Hauptmann?" „Ein Mann," war die prompte und belachte

Antwort des Arztes. Aber diese Antwort blieb nicht unbekannt, und alle angesehenen Familien der Stadt schlossen sich einmütig gegen den Arzt zusammen, so daß dieser die Stadt mit einer früher guten Praxis verlassen mußte.

Auch mit Briefen von Kranken und ihren Angehörigen sowie mit Krankenjournalen und ähnlichen Dingen sind die Ärzte häufig nicht vorsichtig genug.

Sehen wir von derartigen rein leichtsinnigen Verfehlungen ab, so bleiben noch immer im Anschluß an den § 300 viele wichtige Punkte zu besprechen.

Zunächst ist zu betonen, daß auch die Gehilfen des Arztes, also auch die Assistenzärzte, Heilgehilfen, Krankenschwestern, sowie die ärztlichen Vertreter in dem § 300 eingeschlossen und bei Verfehlungen strafbar sind.

Sodann bleibt zu erörtern, was unter den Begriff des „Privatgeheimnisses", was unter den Begriff des „Anvertrauten", des „Offenbaren" fällt, und was als „unbefugt" zu bezeichnen ist.

Nach der Entscheidung des Reichsgerichts vom 22. Oktober 1885 fallen unter den Begriff des Geheimnisses nicht allein Krankheiten, die der Arzt heilen soll, sondern auch andere Dinge, die er bei der Untersuchung oder bei der Behandlung der Kranken oder beim Nachforschen über die Ursachen der Krankheit kennen gelernt hat, überhaupt solche, wenn auch nicht zu den Krankheiten selbst zu rechnende Tatsachen, deren Kenntnisnahme in das Gebiet der Ausübung des Berufes des Arztes als solchen zufällt, und die er in seiner Eigenschaft als Arzt wahrgenommen hat. Es handelt sich nach dieser Entscheidung also um die Bewahrung aller Privatgeheimnisse. Offenkundige Dinge können natürlich nicht mehr geheim gehalten werden, aber wenn von diesen Dingen andere nur eine unsichere oder ungewisse Kenntnis haben, gelten sie nicht als offenkundig, und der Arzt, der die Gerüchte aus seiner Kenntnis bestätigt, macht sich eines Vergehens schuldig. Allerdings muß das Privatgeheimnis anvertraut sein, d. h. der Arzt muß es bei der Ausübung seines Berufs und im Anschluß an diesen dadurch kennen gelernt haben, daß er als Arzt zugegen ist.

Es sind also alle Wahrnehmungen, die der Arzt bei Ausübung seiner Praxis gemacht hat, den anvertrauten Geheimnissen zuzurechnen, ob der Kranke den Arzt in dessen Wohnung aufgesucht oder der Arzt einen Besuch im Hause des Patienten gemacht hat. Selbst die Mitteilung des Arztes, daß er im Hause des Kranken einen dritten Herrn getroffen habe, kann als Offenbarung eines Geheimnisses gelten, da diese Zusammenkunft eine für andere geheime gewesen sein kann.

Schon hieraus folgt, daß das Wort anvertrauen im weitesten Sinne genommen werden muß. Selbst eine gelegentlich im Wirtshaus an

den Arzt erfolgte Mitteilung über einen Krankheitsfall in der Familie würde ich als ärztliches Geheimnis betrachten, wenn aus der Art der Mitteilung zu entnehmen ist, daß der Mitteilende sie dem sachverständigen Arzt gemacht hat.

Daß ein Geheimnis auch von mehreren anvertraut sein kann, so von dem Hausvater und seinen Angehörigen, dem Institutsvorsteher und gleichzeitig einem Pflegebefohlenen, versteht sich von selbst. Diese Möglichkeit ist insofern wichtig, als zur erlaubten Offenbarung dann alle Mitwisser, welche anvertraut haben, die Genehmigung erteilen müssen. Ist aber ein Kranker, der sich und sein Leiden und alles was damit zusammenhing dem Arzt anvertraute, gestorben, so ist der Arzt dem oder den Erben gegenüber zur Bewahrung des Berufsgeheimnisses verpflichtet.

Das Wort „offenbaren" bedeutet zweifellos nicht so viel wie „veröffentlichen", sondern umfaßt jede Mitteilung an einen Dritten. „Es ist," wie Mittermaier sagt, „der Gegensatz des treuen Geheimhaltens und bedeutet nur öffnen des Treuverhältnisses durch Mitteilung des Geheimnisses an einen Dritten."

Das Offenbaren eines anvertrauten Geheimnisses kann nun einmal mit dem Bewußtsein der mangelnden Befugnis erfolgen, es kann aber auch durch Fahrlässigkeit geschehen, indem der Arzt Schriftstücke, Krankenjournale und ähnliches offen liegen läßt, durch deren Mißbrauch ein Privatgeheimnis seitens eines Dienstboten oder eines Gehilfen des Arztes offenbart wird.

Indem das Gesetz aber das unbefugte Offenbaren von Privatgeheimnissen untersagt, gesteht es gleichzeitig zu, daß es eine rechtliche Befugnis zum Offenbaren derselben gibt.

I. Die Befugnis zum Offenbaren ist vorhanden
   a) wenn dieselbe seitens der Anvertrauenden erteilt ist,
   b) wenn gesetzliche Bestimmungen die Offenbarung verlangen.

II. Die Befugnis zum Offenbaren kann zweifelhaft sein, indem anderweitige gesetzliche und ethische Pflichten die Offenbarung erwünscht machen und somit eine Kollision der Pflichten eintritt.

I. Zweifellos ist die Befugnis zum Offenbaren anvertrauter Privatgeheimnisse vorhanden, wenn a) der oder die Anvertrauenden die Erlaubnis zum Offenbaren gegeben haben. Das ist z. B. der Fall, wenn ein Mensch zum Arzt kommt, um sich behufs Aufnahme in eine Lebensversicherung untersuchen zu lassen und das Ergebnis der Versicherungsgesellschaft einzusenden, oder um einen Krankheitsbericht zur Vorlage bei der vorgesetzten Behörde ersucht. Dieser Bericht kann von dem Arzt direkt eingesandt werden. Die Berechtigung zur Offenbarung er-

streckt sich aber nur auf die eine bezeichnete Behörde. Allerdings kann auch bei dieser Offenbarung ein Konflikt der Pflichten eintreten, auf den H. Schmidt aufmerksam macht. Der Arzt hat bei einer früheren Behandlung eines Patienten gewisse Krankheitserscheinungen konstatiert. Bei einer späteren Untersuchung, welche zum Zweck der Aufnahme in eine Lebensversicherung erfolgt, ist von diesen Symptomen nichts mehr nachweisbar. Der Arzt als Vertrauensarzt der Lebensversicherung ist verpflichtet, bei seinem Gutachten nichts zu verschweigen — aber der Patient verlangt nachträglich, daß der Arzt von den früheren Krankheitserscheinungen nichts mitteilt. In diesem Fall muß der Arzt die Begutachtung ablehnen.

Ähnliche Vorkommnisse sind bei der Begutachtung für Dienstherrschaften denkbar. Im allgemeinen gibt aber das Aufsuchen des Arztes zu dem genannten Zweck die Erlaubnis zur Offenbarung.

Die gleiche Erlaubnis ist vorhanden, indem ein Mensch die Namen seiner früheren Ärzte angibt und die Gesellschaft autorisiert, über die vorangegangenen Erkrankungen Erkundigungen einzuziehen.

Die Erlaubnis zur Offenbarung ist ferner vorhanden, wenn die berechtigten Erben eines Verstorbenen um die Einsendung eines Krankheitsberichtes an die Versicherung ersuchen. Auch der Klient der Krankenkasse, der Berufsgenossenschaft, der Invalidenversicherung gibt dadurch die Erlaubnis zur Offenbarung des ärztlichen Berufsgeheimnisses, daß er zu dem Arzt zu dem bestimmten Zweck geht, ein Gutachten oder ein Zeugnis über seinen Gesundheitszustand erstatten zu lassen. Würde der betreffende Patient im Laufe der Untersuchung erklären, „dieses oder jenes dürfen Sie nicht mitteilen," so ist der Arzt gezwungen in dieser Beziehung das ärztliche Berufsgeheimnis zu wahren. Es kann dann der Fall eintreten, daß er das Attest oder das Gutachten verweigert. Zweifellos hat er alsdann das Recht, den Auftraggebern mitzuteilen, daß er aus Gründen der ärztlichen Verpflichtung nicht in der Lage sei, das Gutachten zu erstatten.

Die gleichen Verhältnisse kommen für Fälle in Betracht, welche infolge von Unfällen seitens der Eisenbahn, einer anderen Behörde oder des Gerichts zur Begutachtung gesandt sind. Dadurch, daß die Patienten sich zur Verfügung stellen, haben sie die Erlaubnis zur Offenbarung der ärztlichen Befunde für die betreffende Behörde gegeben. Sie können diese Erlaubnis aber in jedem Augenblick zurückziehen, wie das Zitelmann und Landsberg ebenfalls annehmen.

Einen interessanten Fall möchte ich hier anführen. Eine unverheiratete Dame gab an, bei einem Eisenbahnunfall eine schwere Schädigung erlitten zu haben, indem sie einmal an Kopfschmerzen, Schwindel, Mattigkeit litt und sodann an profusen Blutungen aus der Gebärmutter, die jedesmal mit der Periode aufträten, zehn Tage anhielten und eine

große Schwäche zurückließen. Diese Blutungen seien zuerst und in früher nie vorhandener Stärke am Tage des Eisenbahnunfalls aufgetreten. Vorher sei sie stets gesund und stets regelmäßig und ununterbrochen menstruiert gewesen. Die Untersuchung ergab allerdings starke Chlorose und Anämie, Steigerung der Reflexe, Anfälle von Hemikranie usw. Überraschend waren aber die profusen Blutungen. Die erste Untersuchung durch einen Spezialarzt ergab keine bestimmte Diagnose, die weitere ergab objektiv und anamnestisch, daß die Dame 1. unehelich geboren hatte, 2. an dem Tage des minimalen Eisenbahnunfalls vermutlich ein Abort eingetreten war, an dessen Folgen die Dame noch krankte. Da die Betreffende für die Untersuchung durch den Spezialarzt keine Einschränkungen zur Erstattung des Gutachtens gegeben hatte, so konnten die letzten Befunde verwertet werden. Hätte die Patientin erklärt, daß sie mit der Mitteilung des Befundes an die Behörde nicht einverstanden war, so hätte das Gutachten nicht erstattet werden können.

In gleicher Weise ist die Erlaubnis zur Offenbarung anzunehmen, wenn Kranke in Kliniken und ärztlichen Unterrichtskursen sich vorstellen lassen. Indem sie gegen die Vorstellung und Demonstration keine Einwendungen erheben, geben sie die Erlaubnis zur Offenbarung ihrer Krankengeschichte mit allem, was dazu und zum entsprechenden Unterricht gehört.

b) Die Offenbarung anvertrauter Privatgeheimnisse kann aber auch durch das Gesetz zur Pflicht gemacht werden.

1. Beim Vorhaben von gemeingefährlichen Verbrechen usw., von denen der Arzt Kenntnis erhielt.

§ 139 lautet: „Wer von dem Vorhaben eines Hochverrats, Landesverrats, Münzverbrechens, Mordes, Raubes, Menschenraubes oder eines gemeingefährlichen Verbrechens zu einer Zeit, in welcher die Verhütung des Verbrechens möglich ist, glaubhafte Kenntnis erhält und es unterläßt, hiervon der Behörde oder der durch das Verbrechen bedrohten Person zur rechten Zeit Anzeige zu machen, ist, wenn das Verbrechen oder ein strafbarer Versuch begangen worden ist, mit Gefängnis zu bestrafen."

Weiterhin setzen die §§ 13, 5, 6, 7, RG. vom 9. Juni 1884, die Bestrafung desjenigen aus § 139 StrGB. fest, der von dem Vorhaben des verbrecherischen und gemeingefährlichen Gebrauchs von Sprengstoffen in glaubhafter Weise Kenntnis erhält und rechtzeitige Anzeige an die bedrohte Person oder die Behörde unterläßt.

Die Anzeige des Vorhabens ist also auch von dem Arzt so lange zu erstatten, als dadurch die Verübung verhütet werden kann. Ist die Tat vollbracht und erhält der Arzt Kenntnis von den Tätern dadurch, daß einer derselben sich verbinden oder behandeln läßt, so tritt alsbald die Bewahrung des ärztlichen Berufsgeheimnisses wieder in ihre Rechte.

Die ärztliche Presse geriet vor kurzem in Aufregung, als ein Staatsanwalt bei Erlaß eines Steckbriefes auch die Ärzte auf die stattgehabte Verwundung eines Verbrechers und die mögliche Entdeckung bei der ärztlichen Konsultation aufmerksam machte. Hier lag ein staatsanwaltlicher Irrtum vor, wie es auch gelegentlich ärztliche Irrtümer gibt.

Sodann ist die Offenbarung von Berufsgeheimnissen geboten

2. bei der gesetzlichen Verpflichtung zur Anzeige ansteckender Erkrankungen (vergleiche S. 165).

Aber nicht alle ansteckenden Erkrankungen sind in die Anzeige einbegriffen. So fehlen Erkrankungsfälle von Tuberkulose, Syphilis, Tripper. Nur einzelne Bestimmungen sind vorhanden.

So müssen Syphilis, Tripper usw. von Portepeefähnrichen, Unteroffizieren, Soldaten dem betreffenden Kommando mitgeteilt werden.

Weiterhin ist durch Erlaß des Ministers vom 13. Mai 1898 den Ärzten in Erinnerung gebracht, daß die Anzeigepflicht bei Syphilis usw. besteht, wenn nachteilige Folgen für den Betreffenden oder die Allgemeinheit zu befürchten sind.

Hieraus ergibt sich, daß syphilitische Krankheiten von Prostituierten eo ipso anzuzeigen sind; nach § 9 des Gesetzes, betreffend übertragbare Krankheiten, kann bei Syphilis, Tripper, Schanker auch die zwangsweise Behandlung der erkrankten Personen, sofern sie gewerbliche Unzucht treiben, angeordnet werden, weiterhin besteht die Anzeigepflicht syphilitischer Erkrankungen bei Fällen, welche sich selbst oder der Allgemeinheit, also auch der Umgebung, Schaden bringen können. Diese Verordnungen geben wohl eine genügende Handhabe gegenüber den Gefahren, welche der Arzt bei konstatierter Syphilis abzuwenden verpflichtet ist.

In einzelnen deutschen Staaten sind die Ärzte auch durch Gesetz verpflichtet, von gewaltsamen Todesarten sowie von Abtreibung der Leibesfrucht der Behörde Mitteilung zu machen. Bezüglich des letzteren Punktes werden die Ärzte sich stets in schwerem Gewissenskonflikt befinden und häufig die Recherchen nach der Entstehung eines Unterleibsleidens durch Abtreibung unterlassen. Verpflichtet sind sie aber, über Puerperalfieber und die bei der Entbindung tätige Hebamme Mitteilung zu machen.

Weiterhin haben die Ärzte auch die Verpflichtung, die Geburt eines Kindes innerhalb einer Woche dem Standesbeamten anzuzeigen (§ 18 des Gesetzes über die Beurkundung des Personenstandes vom 6. Februar 1875), falls dieses nicht von anderer verpflichteter Seite geschieht.

II. Die Befugnis zum Offenbaren kann zweifelhaft sein, wenn anderweitige, gesetzliche oder ethische Pflichten die Offenbarung erheischen, und somit eine Kollision der Pflichten eintritt.

1. In dieser Beziehung ist zunächst die Zeugnispflicht vom Gericht zu berücksichtigen. Das Gericht soll auf Grund der ermittelten Wahrheit Recht sprechen. Der Arzt muß auf Aufforderung des Gerichts als Zeuge erscheinen, aber es sind nach § 52 der Strafprozeßordnung zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt:

3. . . . Rechtsanwälte und Ärzte in Ansehung desjenigen, was ihnen bei Ausübung ihres Berufs anvertraut ist.

Die unter Nr. . . . . 3 bezeichneten Personen dürfen das Zeugnis nicht verweigern, wenn sie von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden sind.

Demgemäß kann der Arzt in allen Fällen, in welchen er nicht von der Schweigepflicht entbunden ist, sein Zeugnis ablehnen, wenn er durch sein Zeugnis den § 300 verletzt glaubt. Wie gestaltet sich aber die rechte Lage, wenn der Arzt von dem Recht der Zeugnisverweigerung keinen Gebrauch macht. Darüber herrscht unter den Juristen keine völlige Einigkeit. Löwe spricht sich in einer Anmerkung zum § 52 dahin aus, daß „in der Ablegung eines vom Richter geforderten Zeugnisses eine unbefugte Offenbarung im Sinne des § 300 des StrGB. niemals enthalten“ ist.

Liebmann, Schlegtendahl neigen der Ansicht zu, daß der Arzt unbefugt handle, wenn er ohne vorausgegangene Zustimmung Zeugnis ablege. Fromme ist entgegengesetzter Meinung, da nach einer Entscheidung des Reichsgerichts im Strafsenat (Bd. 19, S. 364) das Gesetz die Ärzte nur für berechtigt, nicht aber für verpflichtet erklärt, das Zeugnis zu verweigern und es daher ihrem pflichtgemäßen Ermessen und ihrer Diskretion im einzelnen Fall überläßt, ob sie dem Richter die gewünschte Aufklärung geben zu dürfen glauben oder nicht. Es könnte nach dieser Auffassung aus der Zeugnisaussage vor dem Richter keine Anklage wegen Verletzung des ärztlichen Berufsgeheimnisses erhoben werden; und würde also der Arzt auf Grund der Sachlage im einzelnen Fall zu entscheiden haben, ob er sein Zeugnis verweigern will. Das Interesse des Patienten und das berechtigte Interesse des Arztes, seinen Beruf gewissenhaft auszuüben, werden also stets zu erwägen sein.

Ähnliche Verhältnisse ergeben sich aus der Zivilprozeßordnung Nach § 383 sind zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt:

5. Personen, welchen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes Tatsachen anvertraut sind, deren Geheimhaltung durch die Natur derselben oder durch gesetzliche Vorschriften geboten ist, in betreff der Tatsachen, auf welche die Verpflichtung zur Verschwiegenheit sich bezieht.

Die Vernehmung der unter 5 bezeichneten Personen ist, auch wenn das Zeugnis nicht verweigert wird, auf Tatsachen nicht zu richten,

in Ansehung welcher erhellt, daß ohne Verletzung der Verpflichtung zur Verschwiegenheit ein Zeugnis nicht abgelegt werden kann."

§ 383, Abs. 2 sagt dann weiter, daß das Zeugnis nicht verweigert werden darf, wenn die Verpflichtung zur Verschwiegenheit aufgehoben ist.

Abgesehen von dem letzten Fall steht es somit auch im Zivilprozeß dem Arzt frei, Zeugnis abzulegen oder zu verweigern, ohne daß er wegen des ersteren eine strafrechtliche Verfolgung zu gewärtigen hat. Ich neige aber dazu, die Ablehnung des Zeugnisses für dasjenige Vorgehen zu halten, welches der ärztlichen Berufspflicht durchschnittlich am meisten entspricht. Liebmann sowie Gaupp-Stein stehen etwa auf dem gleichen Standpunkt, indem sie ausführen, daß die Zeugnisaussage des Arztes vor Gericht keine Befugnis im Sinne des § 300 des StrGB. begründe, weil keine Zeugnispflicht bestehe. Dieser Anschauung schließt sich auch H. Schmidt an.

Allerdings könnte durch eine rechtskräftig gewordene Entscheidung des Gerichts dem Arzt das Verweigerungsrecht abgesprochen und die Zeugnispflicht für begründet erklärt werden. In allen anderen Fällen kann aber die Übertretung des § 300, auch bei Zeugnisaussagen vor Gericht, den Arzt strafbar machen.

Es gibt aber zweifellos wichtige Gründe (insbesondere den Fall des später zu besprechenden Notstandes und der Notwehr), in welchen die Pflicht für die Ablegung des Zeugnisses spricht. Bei jedem einzelnen Fall handelt es sich somit um ein sorgfältiges Abwägen der Pflichten gegeneinander, will der Arzt nicht rechtlich, sondern vor dem eigenen Gewissen frei dastehen.

Für die Ärzte kommt weiterhin in Betracht, daß sie zur Herausgabe von Schriftstücken, Briefen, Krankengeschichten usw., welche sich auf ihre Patienten beziehen, nicht verpflichtet sind, daß auch eine Haussuchung bei ihnen nicht vorgenommen werden darf. Nun kommt es gelegentlich vor, daß das Gericht Ärzte um Herausgabe oder Übersendung einer Krankengeschichte ersucht, bei Fällen, welche Strafgefangene oder Untersuchungsgefangene betreffen. Auch für diese Ersuchen kommen die oben schon gegebenen Gesichtspunkte in Betracht. Der Arzt kann sich bei Herausgabe keiner Pflichtverletzung aus § 300 des StrGB. schuldig machen.

Fromme ist der Meinung, daß die für die ordentlichen Gerichte gültigen Gesichtspunkte für den Arzt auch gegenüber Schiedsgerichten, Verwaltungsgerichten, Verwaltungsbehörden sowie der Polizei Geltung haben. Für die Schiedsgerichte und Verwaltungsgerichte möchte ich mich der Meinung von Fromme anschließen; was aber andere Behörden sowie die Polizei betrifft, so scheint mir die Berechtigung zur Offenbarung keineswegs zweifellos zu sein.

2. Die Befugnis zum Offenbaren kann ferner zweifelhaft sein, wo ethische Pflichten im weitesten Sinne gegen die Bewahrung des Berufsgeheimnisses sprechen. Diese ethischen Pflichten können einmal gegenüber Dritten und sodann gegen die Person des Arztes vorhanden sein. So kann ein Unschuldiger in den Verdacht eines Verbrechens kommen. Der Arzt weiß durch sein Berufsgeheimnis, daß der Betreffende unschuldig ist. Ist die Offenbarung des Berufsgeheimnisses in diesem Fall eine unbefugte?

Finger sowie Landsberg haben darauf aufmerksam gemacht, daß ein Fall der Notwehr vorliegen kann.

§ 53 des StrGB. sagt, daß „eine strafbare Handlung nicht vorhanden ist, wenn die Handlung durch Notwehr geboten war. Notwehr ist diejenige Verteidigung, welche erforderlich ist, um einen gegenwärtigen rechtswidrigen Angriff von sich oder einem anderen abzuwenden."

Die Anklage eines Unschuldigen dürfte als rechtswidriger Angriff, die Offenbarung als Verteidigung gegen diesen bezeichnet werden können.

Derselben Kategorie könnte auch der nachfolgende Fall eigener Beobachtung zuzurechnen sein. Bei einem Lokomotivführer wurde von mir beginnende progressive Paralyse konstatiert. Ich verlangte, daß der Lokomotivführer seinen verantwortungsvollen Beruf unterbreche, der Lokomotivführer wollte das nicht tun, da er dadurch großer Einnahmen verlustig gehe. Ich erklärte ihm, daß bei seinem Leiden die Führung einer Lokomotive eine Gefahr für die Insassen des Zuges bedinge und sei ich deshalb gezwungen, seiner vorgesetzten Behörde Mitteilung zu machen, falls er sein Vorhaben nicht aufgeben würde. Bei Ausführung seiner Absicht konnte eine drohende Gefahr, und somit ein rechtswidriger Angriff auf die ahnungslosen Zuginsassen angenommen werden. Zur Abwendung dieser mußte die Offenbarung des Berufsgeheimnisses an die vorgesetzte Behörde des Kranken nicht nur erlaubt, sondern auch Pflicht sein.

Ein anderer von Finger und Schmidt zitierter Fall erheischt, teils von dem Gesichtspunkt der Notwehr, aber auch vom Gesichtspunkt der Berufserfüllung, Verletzung der Schweigepflicht: Wenn ein Arzt bei einer syphilitischen Amme die Erscheinungen der Syphilis konstatiert, so muß er verlangen, daß sie das Nähren des anvertrauten Kindes einstellt und von der Stellung zurücktritt. Tut sie das nicht, so muß der Arzt den Eltern des Kindes Mitteilung machen.

Auch der im § 54 festgelegte Begriff des Notstandes zur Rettung aus einer gegenwärtigen Gefahr für Leib und Leben des Täters oder eines Angehörigen kann herangezogen werden.

So wird die Abwehr einer Beleidigung oder ein Erpressungsversuch gegen den Arzt oder seine Angehörigen, die Offenbarung eines ärzt-

lichen Berufsgeheimnisses straflos machen. Aber diese Offenbarung wird nur an der zur Entgegennahme berechtigten Stelle und keineswegs unter allen Umständen als straflos zu erachten sein.

Damit berühren wir die ethischen Pflichten des Arztes gegen die eigene Person. Der Arzt ist nach Entscheidung eines Hamburger Gerichts befugt, die Geheimhaltung des Berufsgeheimnisses aufzugeben, wenn er durch das Verhalten des Patienten oder von dessen Angehörigen gezwungen wird, sein Honorar im Zivilprozeßwege einzuklagen. „Der Treugeber kann nicht mehr verlangen, daß von dem Treuhalter das Geheimnis auch nach dem Prozeß gewahrt wird, wenn er grundloserweise den gegen ihn erhobenen Anspruch bestreitet und zum Beweise desselben die Offenbarung erforderlich ist."

Diese Offenbarung wird aber sicher nicht über das hinausgehen dürfen, was zur Orientierung des Gerichts in der Streitsache notwendig ist. Würde der Arzt anderes offenbaren, als zur Begründung der Forderung notwendig ist, so könnte er wegen Verletzung des § 300 in Anklagezustand versetzt werden.

2. Eine besondere Besprechung bedürfen die ethischen Pflichten, welche der Arzt gegenüber seinen Klienten in der Vorsorge gegen ansteckende Erkrankungen hat. Die größere Mehrzahl der ansteckenden Erkrankungen ist allerdings anzeigepflichtig. Es verbleiben aber zwei verheerende Seuchen, welche nur unter Umständen anzeigepflichtig sind, die Tuberkulose und die Syphilis. Und diese beiden Krankheiten geben zu besonderen Erwägungen in bezug auf das ärztliche Berufsgeheimnis Veranlassung.

Ein Arzt hatte bei einer Kranken eine ansteckende Geschlechtskrankheit festgestellt. Nun wandte sich die Schwägerin der Erkrankten an den Arzt, indem sie ihm ihre Kinder, darunter eines zum Impfen, brachte. Bei dieser Gelegenheit erfuhr der Arzt, daß die Kinder bei der Kranken und ihrer Mutter intim verkehrten, insbesondere auch von beiden Frauen mit in das Bett genommen würden. Der Arzt hielt es nun für seine Pflicht, die Mutter der Kinder vor einer Ansteckung, insbesondere auch des Impflings, durch die Schwägerin zu warnen. Die Mutter der Kinder teilte diese Warnung mit. Infolgedessen erschien die Mutter mit der kranken Tochter bei dem Arzt, und beide baten um Auskunft über die Krankheit und seine erfolgte Warnung. Auf Grund dieser Mitteilung wurde der Arzt wegen doppelter unbefugter Offenbarung des Berufsgeheimnisses verklagt und vom Landgericht verurteilt. Der Rekurs an das Reichsgericht führte zu einer Aufhebung des Urteils mit folgender Ausführung:

Die ärztliche Schweigepflicht des § 300 StrGB. ist nicht, wie der Vorderrichter meint, eine „absolute"; das Gesetz behält vielmehr, indem es eine unbefugte Offenbarung von Privatgeheimnissen erfordert, das Bestehen einer Befugnis zur

Offenbarung ausdrücklich vor, ohne diese Befugnis nach irgend einer Richtung hin einzuschränken. Sie kann mithin auch durch anderweite Berufspflichten des Arztes gegeben sein. Das Bestehen solcher Berufspflichten erkennt das preußische Gesetz betreffend die ärztlichen Ehrengerichte ausdrücklich an, indem es dem Arzt die Verpflichtung, seine Berufstätigkeit gewissenhaft auszuüben, auferlegt, und die Verletzung dieser Verpflichtung mit ehrengerichtlicher Bestrafung bedroht. Zur gewissenhaften Ausübung der Berufstätigkeit gehört es auch, Patienten, denen die Gefahr einer Ansteckung durch Personen droht, mit denen sie in nähere Beziehung kommen, zu warnen, und mit der Unterlassung einer solchen Warnung war auch die Möglichkeit gegeben, den Angeklagten wegen fahrlässiger Körperverletzung zu bestrafen. Der Angeklagte hat unter den übrigen näheren Umständen dieses Falles in Ausübung einer „Befugnis" gehandelt, wenn er der Warnungspflicht nachkam. In dem zweiten Falle der Mitteilung an die Mutter, handelte es sich um kein Geheimnis mehr, außerdem habe die Revision mit Recht darauf hingewiesen, daß die Mutter in Begleitung ihrer Tochter bei dem Arzt erschienen sei und ihn um Bestätigung der Richtigkeit des Geredes angegangen sei. Der Arzt habe daher sehr wohl glauben können, daß die Tochter damit einverstanden war, daß der Angeklagte die von ihm gemachte Wahrnehmung der Mutter kundgab. Nach Ansicht des Reichsgerichts habe die Revision auch mit Recht gerügt, daß dem Angeklagten bei der Verurteilung aus § 186 der Schutz des § 193 versagt worden sei. In der erneuten Verhandlung beantragte der Staatsanwalt die Freisprechung des Angeklagten. Der Verteidiger verzichtete angesichts des reichsgerichtlichen Erkenntnisses auf jede weitere Ausführung. Der Gerichtshof sprach den Angeklagten von Strafe und Kosten, einschließlich der Kosten der Revisionsinstanz, frei.

Diese Entscheidung des Reichsgerichts ist insofern von einschneidender Bedeutung, als sie dem Arzt die Berufspflicht auferlegt, zum Schutz der ihm anvertrauten Kranken gegen die Gefahr der Ansteckung vor dem Verkehr mit kranken Personen zu warnen und so das Berufsgeheimnis zu opfern. Hier handelt es sich um eine Kollision der Pflichten, unter denen, wie Binding mit Recht betont, die bedeutungsvollere auf Kosten der minder bedeutungsvollen zu erfüllen ist, eine Anschauung, der auch Graf zu Dohna in etwas anderer Form Ausdruck gibt. Zitelmann ist der Meinung, daß durch eine Kollision von Rechtssätzen eine an sich verbotene Handlung zu einer erlaubten werden kann und das stärkere Recht dem schwächeren vorzugehen hat.

Wie steht es aber mit der Wahrung des Berufsgeheimnisses, wenn die gefährdeten Personen nicht der Klientel des Arztes angehören? In diesem Fall ist die Bewahrung des Berufsgeheimnisses Pflicht, es sei denn, daß man die Ansicht von H. Schmidt annimmt, daß die Schweigepflicht des Arztes, weil sie ein minderes Interesse schütze, zurückstehen muß hinter der weit höheres Interesse schützenden Pflicht des Arztes, die Verbreitung von Krankheiten hintanzuhalten. Aber man kann dagegen anführen, daß die letztere Aufgabe dem Arzt nur im Rahmen der Gesetzgebung für die Allgemeinheit zufällt, und daß die über die Berufspflichten hinausgehende Offenbarung keine Straflosigkeit verbürgt. Wollte man für syphilitische Erkrankungen ohne zwingende Gründe, wie

sie durch Entscheidungen des Reichsgerichts und durch die „Notwehr“ gegeben sind, die Schweigepflicht für übertretbar erklären, so würden manche Menschen, vor der Behandlung durch Ärzte zurückgeschreckt, Kurpfuscher aufsuchen und sich und anderen Menschen weit mehr Schaden bringen, als es bei einer systematischen Behandlung der Fall ist.

Man wird auch hier von einer prinzipiellen Entscheidung abzusehen haben und immer den einzelnen Fall ins Auge fassen müssen. Dieser kann gewiß so liegen, daß der Arzt die Schweigepflicht als die zurückstehende Pflicht betrachten kann, er muß sich aber immer bewußt bleiben, daß er eine Pflicht verletzt und sich der Bestrafung aussetzt. Er müßte diese eventuell im Interesse einer höheren Pflichterfüllung auf sich nehmen.

Daß der Arzt aber für jeden Leichtsinn der Bevölkerung mit seiner Person eintritt, halte ich nicht für richtig. Wenn ein Vater seine Tochter einem jungen Mann zur Ehe zusagen will, so ist es gewiß die erste Pflicht des Vaters, sich über die Gesundheitsverhältnisse des künftigen Schwiegersohns zu erkundigen. Bestehen in dieser Beziehung Zweifel, so kann er von diesem gewiß verlangen, daß er von einem vertrauensvollen Arzt ein Gesundheitsattest vorlegt. Diesen Standpunkt habe ich stets angeraten, wenn ein besorgter Vater sich nach der Gesundheit des Bräutigams der Tochter bei mir erkundigen wollte.

Es gibt aber Menschen, die, aller Warnung zum Trotz, aus äußeren Verhältnissen die wahre Sachlage nicht wissen wollen.

Ähnliche Schwierigkeiten wie bei der Syphilis können bei Tuberkulose vorhanden sein. Auf der einen Seite ist der Arzt zur Geheimhaltung der Krankheit verpflichtet, auf der andern sieht er die Gefahr, welche daraus entsteht, daß ahnungslose Menschen durch den Verkehr mit dem Tuberkulösen eine Übertragung bewerkstelligen. An erster Stelle wird ja der Arzt durch Aufklärung und entsprechende Verordnungen für den Kranken die Übertragung möglichst zu verhüten suchen. Aber wenn ein Kranker sich weigert? Ich greife folgenden Fall heraus. Bei einem Mädchen, welchem in einem großen Milchgeschäft die Verteilung der Milch in einzelne Portionen und Flaschen obliegt, wird Tuberkulose festgestellt. Da die Kranke viel hustet und Hustenteilchen umherschleudert, verlangt der Arzt, daß die Kranke ihren Beruf aufgibt. Die Kranke weigert sich, der Arzt droht mit der Mitteilung an den Geschäftsinhaber, die Kranke bestreitet dem Arzte das Recht hierzu und ist weiter tätig. Da entschließt sich der Arzt aus allgemein hygienischen Interessen zur Offenbarung und macht dem Dienstherrn Mitteilung. In diesem Fall kann mit Recht der Gesichtspunkt der Notwehr dem Arzt die Pflicht der Offenbarung auferlegen. Das Aushusten von Tuberkelbazillen in die

Milch stellt einen rechtswidrigen Angriff auf die milchtrinkende Bevölkerung dar.

Der gleiche Gesichtspunkt kommt in Betracht, wenn unter den Bewohnern eines gemeinschaftlichen Schlafraums der eine an Tuberkulose der Lungen erkrankt, oder in einem gemeinschaftlichen Bureau eine Übertragung droht. Immer aber muß der Arzt im Auge behalten, daß er nicht seinen Klienten schädigen darf, indem er andere schützt. Die Sorge für den Kranken, der sich ihm anvertraut, muß er stets an erster Stelle berücksichtigen, da der Staat und die Allgemeinheit bis jetzt keine Sorge für einen Kranken übernehmen, der aus hygienischen Gründen seine Stellung verliert. Landsberg glaubt zur Vermeidung von Kollisionen eine andere Fassung des § 300 vorschlagen zu können:

„Die Offenbarung eines ärztlichen Berufsgeheimnisses ist erlaubt, soweit sie seitens eines approbierten Arztes und zur Abwendung einer nahe bevorstehenden Gefahr notwendig, und der drohende Schaden gegenüber dem aus der Preisgabe des Geheimnisses entstehenden, unverhältnismäßig groß ist; ferner soweit sie bei böswilligem Verhalten des Anvertrauenden behufs Rechtsverfolgung gegen diesen notwendig ist.

Aber auch diese Fassung entfernt das Dilemma für den Arzt nicht, in welches die Abwägung der Pflichten gegen den Kranken und der Pflichten gegen die Allgemeinheit ihn versetzt. In Privatbetrieben wurde auf Veranlassung des Arztes mehrfach durch Entgegenkommen des Chefs für einen lungenkranken Kontoiristen oder Arbeiter ein besonderer Arbeitsraum eingerichtet. Derartige Maßnahmen scheinen einstweilen Ausnahmen zu sein. Aber vielleicht liegen auch aus Staatsbetrieben ähnliche Beobachtungen vor.

Ein völlig zweifelloses Recht zur Offenbarung an die Interessierten steht natürlich dem Arzt zu, wenn er im Auftrage eines Haushaltungsvorstandes einen Angehörigen untersucht und hier Tuberkulose findet. Er ist dann verpflichtet, nach bestem Wissen Auskunft zu geben. Verbietet der oder die Untersuchte die Auskunft, so muß der Arzt dem Haushaltungsvorstand erklären, er sei nach dem Gesetz nicht in der Lage, den Auftrag richtig auszuführen.

3. Eine Kollision der Pflichten kann aber noch in anderer Weise vorhanden sein.

Ein Patient hat den Arzt ersucht, von seinem schweren Leiden den Angehörigen keine Mitteilung zu machen. Nun verschlechtert sich der Zustand immer mehr. Die Verheimlichung hat zur Folge, daß dem Leidenden Schaden erwächst. Welche Pflicht steht in diesem Fall höher, der Auftrag zur Geheimhaltung oder die Sorge für den Kranken? Da die letztere die wichtigere Aufgabe des Arztes ist, so wird er vielleicht von der Geheimhaltung sich entbinden. Er wird

es um so leichter tun, wenn er die aufgetragene Geheimhaltung als eine Schrulle des Patienten betrachten kann, der die Angehörigen über seinen Zustand täuschen will, während diese schon lange das Ende nahen sehen. Er wird es aber kaum wagen, das Geheimnis zu offenbaren, wenn schwerwiegende Gründe dem Kranken und dem Arzt die Geheimhaltung notwendig erscheinen lassen. Auch hier erfordert die Kollision der Pflichten die sorgfältigste Abwägung der einzelnen Momente. Ein Schema für alle Zufälligkeiten läßt sich nicht geben; aber das ist auch nicht nötig. Wenn der Arzt stets seine Berufspflichten im Auge behält, wenn er unbeirrt durch nebensächliche Umstände, den Weg geht, welchen das notwendige Wissen und das Gewissen ihm vorschreiben, so kann er zwar irren, aber sein Irrtum ist ein verzeihlicher.

Achtzehnte Vorlesung.

Das ärztliche Vereinsleben und seine Bestrebungen.

(Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte, ältere und jüngere ärztliche Vereine, der deutsche Ärztevereinsbund und seine Leistungen, der Leipziger Verband der Ärzte Deutschlands znr Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen, Bedingungen zur Einführung der freien Ärztewahl, Sonntagsruhe, Auswüchse des Spezialistentums und seine Bekämpfung, ärztliches Fortbildungswesen, Buchführung und ärztliches Honorar, Hausarzttätigkeit, Versicherung gegen Unfälle, Haftpflicht, Invalidität, Sorge für die Familie, ärztliches Unterstützungswesen, Schlußwort.)

M. H.! In den Jahren unerfreulichsten politischen Lebens in Deutschland, in jener Zeit, als die Hoffnungen, welche die Befreiungskriege von 1813 erweckt hatten, unter der Leitung unverständiger und ängstlicher Staatsmänner langsam zu Grabe getragen wurden, erstand auf Anregung und unter Leitung von Oken die Vereinigung deutscher Naturforscher und Ärzte. Vom Jahre 1822 an versammelte sich diese alljährlich in einer anderen Stadt Deutschlands und des damals zugehörigen Deutschösterreichs und spannte so zwischen den einzelnen deutschen Staaten Fäden, welche zwar nur gemeinschaftlichen Bestrebungen auf dem Gebiete der wissenschaftlichen Forschung und der öffentlichen Gesundheitspflege galten, aber doch von dem idealen Gedanken der Zusammengehörigkeit der deutschen Stämme durchzogen waren. Als Symbol der deutschen Einheit haben diese Naturforscherversammlungen nicht wenig dazu beigetragen, die Hoffnungen auf eine Erstehung des Deutschen Reichs zu wecken und zu beleben. Diese Versammlungen finden noch jetzt alljährlich statt, wenn auch aus verwaltungstechnischen Gründen der Name seit 1888 Gesellschaft deutscher Naturforscher und Ärzte lautet.

Diesem großen Zusammenschluß deutscher Ärzte und Naturforscher gingen allerdings viele kleinere Vereinigungen, mehr lokalen Charakters lange voraus. Unter diesen ist das Collegium medicum in Hamburg, der spätere ärztliche Verein, an erster Stelle zu nennen, weiterhin der Verein der Ärzte in Donauschingen, die Kaiserlich Leopoldo-Carolinische Akademie in Halle, welche einem von Ärzten

Schweinfurts gegründeten Verein ihre Entstehung verdankt. Sodann verdient die heute noch blühende Senkenbergsche Gesellschaft in Frankfurt, die physikalisch-medizinische Sozietät in Erlangen, die Hufelandsche Gesellschaft und die Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Dresden Erwähnung. In der späteren Zeit nahm die Zahl der ärztlichen Vereinigungen rasch zu. Viele von diesen, wie der Verein der Ärzte der preußischen Rheinprovinz, der Verein der Ärzte des Regierungsbezirks Düsseldorf, die medizinische Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur in Breslau, die physikalisch-medizinische Gesellschaft in Königsberg, die ärztlichen Vereine der verschiedenen Regierungsbezirke und der Bundesstaaten, haben an der Entwicklung der Heilkunde und der ärztlichen Standesinteressen erfolgreich mitgearbeitet.

Viele dieser Bestrebungen spiegelten sich in den Versammlungen deutscher Naturforscher und Ärzte wieder. Die Stellung der Ärzte in bezug auf Ausübung ihrer Kunst, das Verhalten zu den Kranken, die Schaffung von Ehrenräten zur Handhabung einer Disziplinargewalt gegenüber Kunstfehlern und moralischen Vergehen waren Gegenstand häufig wiederkehrender Verhandlungen.

Daneben gingen Bestrebungen einher, welche die Ausbildung der Ärzte, die Pflege armer Kranker, die Errichtung einer Zentralstelle für das öffentliche Gesundheitswesen betrafen und zu entsprechenden Vorschlägen an die Regierungen der einzelnen Bundesstaaten führten.

Mit vielen dieser Anregungen ist der Name Rudolf Virchow verknüpft. Auch Spieß und Varrentrap verdienen besondere Erwähnung.

Die Hauptforderungen bestanden in der Schaffung eines einheitlichen Ärztestandes (gegenüber Ärzten, Wundärzten I. und II Klasse) und in der unbedingten Freiheit der Ärzte für die Ausübung ihrer Kunst. Besonders schwer wurde damals der § 200 des preußischen Strafgesetzbuchs empfunden, welcher die Ärzte zur unbedingten Hilfeleistung in Krankheitsfällen zwang. Die Berliner medizinische Gesellschaft sprach sich außerdem unter Führung von Virchow und Bernhard Fränkel für die Einreihung der Ärzte in die Gewerbeordnung und gegen jede Beschützung des Heilpersonals durch Pfuschereigesetze aus.

Diesem anscheinend allgemeinen Wunsch der deutschen Ärzte wurde bei Erlaß der Gewerbeordnung für das Deutsche Reich Rechnung getragen, indem bei der Regelung des Verhältnisses zwischen Ärztestand und Staat die Freizügigkeit des Arztes, die Freiwilligkeit der ärztlichen Hilfeleistung und der Wegfall des Schutzes anerkannt

wurde. Gleichzeitig wurde eine für das ganze Reich gültige Prüfungsordnung für Ärzte erlassen.

Auf der Naturforscherversammlung in Leipzig, vom 12. bis 17. August 1872 traten sodann auf Veranlassung von Hermann Eberhard Richter (Dresden) Vertreter der ärztlichen Vereine und namhafte Ärzte zur Bildung eines deutschen Ärztevereinsbundes zusammen. Dieser konstituierte sich am 17. September 1873. Als Organ dieses Verbandes besteht seit 1872 das ärztliche Vereinsblatt.

Der Ärztevereinsbund tritt seit seiner Gründung jedes Jahr zusammen und hat, unter besonders aufopfernder Tätigkeit verschiedener Mitglieder besonders des Vorstandes (Graf, Sander, Pfeiffer, Wallichs, Bernhard Fränkel, Heinze, Aub, Becher, Löbker), einen großen Einfluß auf die Entwicklung des Medizinalwesens in Deutschland ausgeübt.

Die heute bestehenden wichtigsten Satzungen des Ärztevereinsbundes sind folgende:

§ 1. Der Deutsche Ärztevereinsbund hat den Zweck, die ärztlichen Vereine Deutschlands zu gegenseitiger Anregung und gemeinsamer Betätigung auf dem Gebiete der wissenschaftlichen, praktischen und sozialen Beziehungen des ärztlichen Standes zu vereinigen.

§ 2. Der Verein führt den Namen „Deutscher Ärztevereinsbund", eingetragener Verein und hat seinen Sitz in Berlin.

Der Verein soll in das Vereinsregister eingetragen werden.

§ 3. Mitglieder des Ärztevereinsbundes können werden:

1. ärztliche Vereine, welche Rechtsfähigkeit besitzen;
2. Ärzte, welche zu Delegierten der vom Ärztevereinsbunde anerkannten ärztlichen Vereine bestellt worden sind.

Die Aufnahme erfolgt auf schriftliche Meldung durch den Vorsitzenden des Ärztevereinsbundes.

Die Anerkennung eines Vereins als ärztlicher Verein erfolgt auf Antrag des Vereins durch den Vorsitzenden des Ärztevereinsbundes. Verweigert der Vorsitzende die Anerkennung eines Vereins, so ist Berufung an den Geschäftsausschuß zulässig.

Als ärztlicher Verein muß anerkannt werden jeder Verein, der folgende Aufgaben und Zwecke verfolgt:

a) Förderung der ärztlichen Wissenschaft und Kunst, sowie der Interessen des ärztlichen Standes (z. B. insbesondere durch Gründung gemeinnütziger Anstalten, durch Regelung und Wahrung der Standesverhältnisse);
b) Teilnahme an der öffentlichen Gesundheitspflege und Medizinalgesetzgebung; beides sowohl in lokaler (kommunaler und provinzialer) Hinsicht;
c) in denjenigen Staaten, in denen eine staatlich anerkannte und organisierte Vertretung des ärztlichen Standes, möge dieselbe den Vereinen übertragen oder von diesen unabhängig eingerichtet sein, bisher nicht besteht, eine solche Vertretung (Ärztekammer) zu erstreben.

§ 4. Der Vorsitzende des Ärztevereinsbundes vertritt den Bund in allen ge-

richtlichen und außergerichtlichen Angelegenheiten als Vorstand im Sinne des bürgerlichen Gesetzbuches. Er wird durch den stellvertretenden Vorsitzenden vertreten.

Der Vorsitzende und der stellvertretende Vorsitzende werden von dem Geschäftsausschusse aus der Zahl seiner Mitglieder auf ein Jahr gewählt; das Amt des Vorsitzenden endet, wenn der neue Vorsitzende gewählt ist und die Wahl angenommen hat.

§ 5. Der Geschäftsausschuß besteht aus 21 Mitgliedern. Von diesen wählt der Ärztetag auf ein Jahr zwölf, die übrigen werden auf dieselbe Zeit von den Gewählten durch Zuwahl, und zwar tunlichst aus den sonst nicht vertretenen Teilen des Reichs, bestimmt. Der Geschäftsausschuß ist amtsfähig, wenn er noch zwölf Mitglieder hat. Er ist berechtigt, sich bis zur Wahl von 21 durch Zuwahl zu ergänzen. Das Amt der Mitglieder des Geschäftsausschusses endet mit der Neuwahl des Gesamtausschusses.

§ 6. Der Ärztevereinsbund hält alljährlich mindestens eine Mitgliederversammlung (Ärztetag) ab. Die Berufung erfolgt durch den Geschäftsausschuß, der Ort und Zeit festzustellen und rechtzeitig durch besondere Mitteilungen an die Mitglieder und Veröffentlichung im Vereinsorgane bekannt zu machen hat.

Die Verhandlungsgegenstände für den Ärztetag bestimmt der Geschäftsausschuß. Spätestens drei Monate vor dem Termine des Ärztetages eingebrachte Anträge, die von mindestens zehn Mitgliedern unterstützt werden, hat der Geschäftsausschuß auf die Tagesordnung zu setzen. Verhandlungsgegenstände sind vom Geschäftsausschusse vorzubereiten, und die zur Abstimmung zu bringenden Sätze möglichst so früh im Vereinsorgane zu veröffentlichen, daß eine genaue Vorbereitung seitens der Mitglieder erfolgen kann.

§ 7. Zur Führung der Geschäfte des Ärztevereinsbundes wird ein Generalsekretär angestellt.

Er ist Schriftführer, Schatzmeister des Ärztevereinsbundes und Redakteur des Vereinsorgans. Den Anstellungsvertrag mit ihm schließt der Vorsitzende mit Genehmigung des Geschäftsausschusses.

§ 8. Als Organ des Ärztevereinsbundes dient das von Prof. Dr. H. E. Richter in Dresden begründete „Ärztliche Vereinsblatt für Deutschland".

Es ist geradezu erstaunlich, welche Fülle fruchtbarer Anregung und reicher Arbeit auf den Jahresversammlungen des deutschen Ärztevereinsbundes geleistet wurde.

Die Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege, die Schaffung eines ärztlichen Beirats für das Reichskanzleramt (Reichsgesundheitsamts), der Erlaß eines Reichsseuchengesetzes, eines Reichsimpfgesetzes, eines Leichenschaugesetzes, die Einführung obligatorischer Fleischschau, die Errichtung von Lehrstühlen für Hygiene, die Regelung des Haltekinderwesens, der Säuglingsernährung, des Apothekenwesens, die Bekämpfung des Geheimmittelwesens und die obligatorische Anwendung der Antiseptik in Chirurgie und Geburtshilfe seien unter den Verhandlungsgegenständen genannt. Von hervorragender Bedeutung waren weiterhin die Verhandlungen über die Stellung der Ärzte zum Staat, zu den Gerichten, zur Reichsgewerbeordnung, zu den Lebens- und Privatversicherungsgesellschaften, über die Schaffung einer deutschen Ärzteordnung, über Kunstfehler der

Ärzte, die Reorganisation des medizinischen Unterrichts, den ärztlichen Dienst in den Krankenhäusern, Aufgaben der Krankenhausärzte gegenüber der neuen Prüfungsordnung, die Errichtung von Genesungshäusern. Die Beschlüsse des deutschen Ärztetages sind in vieler Hinsicht maßgebend für die Gestaltung der Gesetzgebung geworden. Insbesondere ist die gesetzliche Einführung einer ärztlichen Standesvertretung auf vielfache Anregungen des deutschen Ärztetags und einzelner ärztlicher Lokalvereine zurückzuführen. Den Anfang machte das Königreich Sachsen.

Auf den Versammlungen der letzten Jahre überwogen mehr Verhandlungen über Standesfragen und wirtschaftliche Interessen der Ärzte. Die gegen den Wunsch der Regierung und der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen erfolgte Freigabe des Heilgewerbes (1869) hatte der Kurpfuscherei Tür und Tor geöffnet, während gleichzeitig viele Ärzte sich durch die Einreihung in die Reichsgewerbeordnung für zurückgesetzt hielten. Infolgedessen sprach sich der fünfundzwanzigste deutsche Ärztetag dahin aus, daß die Ausübung der Heilkunde den Bestimmungen der Reichsgewerbeordnung zu entziehen und durch eine deutsche Ärzteordnung zu regeln sei.

Die großen sozialpolitischen Gesetze zum Schutz der Arbeiter gegen Krankheit, Unfall und Invalidität brachten den Ärzten neue Schwierigkeiten, zumal die Zahl der Ärzte durch sie außerordentlich zugenommen hatte. Während die deutschen Ärzte anfangs auf ein Eingreifen von seiten des Staates und eine baldige Änderung der Gesetzgebung im Sinne der Ärzte hofften, konnten sie sich nach langer Zeit des Abwartens der Überzeugung nicht verschließen, daß nur durch festen Zusammenschluß und Selbsthilfe der Ärzte eine Besserung zu erwarten sei.

Nachdem der Ärztetag schon 1893 in Eisenach für die freie Arztwahl bei den Krankenkassen sich ausgesprochen und diese Stellungnahme 1896 und 1899 (in Nürnberg und Dresden) erneut begründet hatte, wurde in Königsberg eine Denkschrift an den Bundesrat beschlossen, welche die Frage der freien Arztwahl und der Vertragskommissionen bei den Krankenkassen, der Einigungskommissionen und Berufungskommissionen in Streitfällen, sowie die ehrengerichtliche Bestrafung bei Verfehlungen behandelte. Der Umstand, daß alle diese Bemühungen ohne Erfolg blieben, führte sodann auf einem außerordentlichen Ärztetag am 7. März 1903 in Berlin zu dem erwähnten Beschluß: bis zu einer zufriedenstellenden Lösung der Kassenarztfrage in festem Zusammenschluß die Mittel der Selbsthilfe nachdrücklich zur Anwendung zu bringen.

Schon zuvor hatte sich auf Veranlassung von Dr. Hartmann in Leipzig ein Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer

wirtschaftlichen Interessen gebildet (1900). Selbsthilfe und Zusammenschluß der Ärzte zur Wahrung der Standesinteressen gegenüber Krankenkassen und ähnlichen Korporationen war und ist das Hauptziel dieses Verbandes, zu dessen Erreichung eine Unterstützungskasse, ein Stellennachweis, eine wirtschaftliche Korrespondenz zur Aufklärung ins Leben gerufen wurden. Auf dem einunddreißigsten Ärztetag in Köln im Jahre 1903 wurde eine Vereinigung dieses Verbandes mit dem deutschen Ärztevereinsbunde vollzogen.

Aus den Satzungen seien die wichtigsten hier angeführt.

§ 1. Sitz.

Der Verband der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen ist eine Abteilung des Deutschen Ärztevereinsbundes und hat seinen Sitz in Leipzig.

§ 2. Zweck.

Der Zweck des Verbandes ist, die deutschen Ärzte zur Besserung ihrer wirtschaftlichen Lage zusammenzuschließen und insbesondere solche Kollegen zu unterstützen, die in Wahrung der Standesinteressen gegenüber Krankenkassen und ähnlichen Korporationen materielle Einbuße erlitten haben oder zu erleiden befürchten müssen.

In engster Fühlung mit den Standesvereinen übt er seine Tätigkeit aus und unterstellt sie dem Ärztevereinsbunde bezw. dessen Geschäftsausschusse nach Maßgabe der Beschlüsse der deutschen Ärztetage.

Der Zweck des Verbandes soll erreicht werden:

a) durch Gründung einer Unterstützungskasse,
b) durch Errichtung eines Stellennachweises,
c) durch Führung einer Statistik über die Verhältnisse der Ärzte zu den Krankenkassen,
d) durch Errichtung einer wirtschaftlichen Korrespondenz zur agitatorischen Verwertung von solchen Vorkommnissen zwischen Ärzten und Krankenkassen, die gegen das Interesse des ärztlichen Standes sind, zur Aufklärung der Nichtkassenärzte und des großen Publikums über die dem Ärztestande aus der Sozialgesetzgebung erwachsenen Verpflichtungen und Schädigungen, und zur Unterstützung der Bestrebungen zur Einführuug der freien Arztwahl,
e) durch Errichtung einer Auskunftsstelle für kassenärztliche und wirtschaftliche Angelegenheiten.

§ 3. Mitgliedschaft.

Mitglied kann jeder in Deutschland approbierte Arzt werden.

§ 4. Beiträge.

Der Beitrag beträgt 20 Mark für das Jahr.

Der Beitrag ist vierteljährlich voraus zu bezahlen.

Die dauernde Mitgliedschaft wird erworben durch eine einmalige Zahlung von mindestens 300 Mark.

§ 5. Beitritt.

Der Beitritt erfolgt durch schriftliche Erklärung an den Vorstand. Bei der Anmeldung muß angegeben werden, ob der Eintretende einem Standesvereine angehört und welchem.

§ 6. Austritt.

Der Austritt erfolgt durch schriftliche Erklärung an den Vorstand. Er ist nur zulässig am Schlusse des Kalenderjahres unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von sechs Monaten.

§ 7. Verwaltung.

Die Ämter des Vorstandes sind (mit Ausnahme des Sekretariates) unbesoldete Ehrenämter.

Die Organe des Verbandes sind:

A. der geschäftsführende Vorstand,
B. die Vertrauensmänner,
C. die örtlichen Vereinigungen,
D. die Hauptversammlung,
E. das Sekretariat,
F. der Aufsichtsrat.

A. Der Vorstand besteht aus dem Vorsitzenden, dem stellvertretenden Vorsitzenden und acht Beisitzern. Ein Delegierter des Geschäftsausschusses des Ärztevereinsbundes wird zu jeder Sitzung eingeladen und hat Stimmrecht.

Der Vorsitzende, dessen Stellvertreter und die acht Beisitzer müssen in Leipzig oder im Bereiche der Amtshauptmannschaft Leipzig ihren Wohnsitz haben.

Der Vorsitzende, stellvertretende Vorsitzende und vier Beisitzer werden von der Hauptversammlung durch Stimmzettel nach einfacher Stimmenmehrheit gewählt. Vier weitere Beisitzer hat der somit gewählte Vorstand zu kooptieren.

Innerhalb 14 Tagen nach erfolgter Wahl hat sich der Vorstand zu konstituieren und seine Konstituierung bekannt zu machen.

Der Vorstand hat den Verband den Behörden, den ärztlichen Standesvertretungen und dritten Personen gegenüber zu vertreten, die Unterstützungsangelegenheiten zu erledigen, einen jährlichen Rechenschaftsbericht aufzustellen, die Sammelbezirke abzugrenzen, die Hauptversammlungen einzuberufen und das Sekretariat anzustellen und zu überwachen; er gibt sich seine Geschäftsordnung selbst.

Der Vorstand ist berechtigt, den Vorsitzenden oder ein anderes Mitglied zur Vornahme von Rechtsgeschäften und Rechtshandlungen jeder Art für den Verband zu ermächtigen und Urkunden, welche den Verband verpflichten sollen, in der Weise zu vollziehen, daß unter die Worte „der Vorstand des Verbandes der Ärzte Deutschlands zur Wahrung ihrer wirtschaftlichen Interessen“ die eigenhändige Unterschrift des Vorsitzenden oder seines Stellvertreters und noch eines Vorstandsmitgliedes gesetzt wird.

B. Die Vertrauensmänner stehen den einzelnen Sammelbezirken vor. Die Vertrauensmänner und deren Stellvertreter werden alljährlich in dem auf die Hauptversammlung folgenden Vierteljahre von den Mitgliedern ihres Bezirks durch Stimmzettel nach einfacher Mehrheit gewählt.

Der Vertrauensmann hat die Mitgliederliste seines Bezirks zu führen, die Beiträge einzusammeln, bezw. einsammeln zu lassen und sie an den Kassierer abzuführen, die örtlichen Vereinigungen und Ausschüsse einzurichten, das Material für den Vorstand zu besorgen und alljährlich die Neuwahl einzuleiten.

Er hat mit dem Vorstande zusammen die Unterstützungsfrage in jedem

seinen Bezirk betreffenden Fall zu regeln. Dabei steht ihm das Vetorecht zu.

C. Die örtlichen Vereinigungen (Ausschüsse) haben für die Interessen des Verbandes tätig zu sein, das eigentliche Sammelgeschäft zu besorgen und zu diesem Zwecke Sammler (Obmänner) zu ernennen.

D. Die Hauptversammlung findet alljährlich im Anschluß an den Ärztetag statt. An der Hauptversammlung können alle Mitglieder teilnehmen.

Stimmrecht haben nur der Vorstand und die Vertrauensmänner und Abgeordnete der Ortsgruppen, letztere mit der Maßgabe, daß für 50 Mitglieder nicht mehr als ein Abgeordneter gewählt werden darf.

E. Der Aufsichtsrat besteht aus drei Mitgliedern, von welchen eins vom Geschäftsausschusse des Deutschen Ärztevereinsbundes ernannt und zwei von der Hauptversammlung gewählt werden. Dieselben können nicht gleichzeitig Mitglieder des Vorstandes sein.

§ 8. Veröffentlichungen des Verbandes.

Die Bekanntmachungen des Verbandes erfolgen in einem von ihm selbst herausgegebenen Anzeiger.

Das Organ des Leipziger Verbandes ist zurzeit die in Straßburg unter der Redaktion von Dr. W. Hellpach in Karlsruhe herausgegebene Zeitschrift:

Ärztliche Mitteilungen nebst Anzeiger
(Straßburg, Pioniergasse 7).

Mit bewundernswerter, nicht erlahmender Energie hat der Leipziger Verband die Durchführung seiner Bestrebungen übernommen. Zuerst griff derselbe in Gera ein, sodann in Mühlhausen in Th., in München, Königsberg, Crimmitschau i. S., Düsseldorf, Bonn, Langerfeld, Langenbielau in Schlesien, Pirmasens, Cöln a. Rh., Zeitz, Apolda, Solingen, Viersen. Nachdem sodann der schwere Kampf gegen den übermütigen Vorstand der Leipziger Ortskrankenkasse siegreich zu Ende geführt war, hat der Leipziger Verband überall, wo in berechtigten Fällen an seine Hilfe appelliert wurde, den Kampf mit den Kassenvorständen im Interesse der Ärzte auf sich genommen und in den meisten Fällen siegreich durchgeführt. In Remscheid wurde das berüchtigte Landmannsche System (beamtete Ärzte nur für die Kassen) gesprengt.

Nur in wenigen Städten führten die Kämpfe nicht zum Sieg. Bedauerlicherweise trug an einzelnen Orten die Uneinigkeit der Ärzte die Schuld, an anderen tauchten plötzlich als Kassenretter Ärzte auf, die schon in früheren Kämpfen die gleiche unerfreuliche Rolle gespielt hatten.

Auch egoistische Bestrebungen einzelner Ärzte führten zu unerfreulichen Konflikten. Als solcher muß ein Fall in Holtenau bezeichnet werden, in welchem die Entscheidung des Ehrengerichts in demselben Gegensatz zum Standesbewußtsein steht, wie einige Entscheidungen des preußischen Ehrengerichtshofs, welche ich schon früher erwähnt habe. Hier hatte ein Arzt bei einer Kasse mit freier Arztwahl die alleinige Be-

handlung der Kassenmitglieder unter Ausschaltung der seitherigen beiden Ärzte übernommen. Die Kasse wurde von dem L. W. V. gesperrt; aber der betreffende an derselben weiter tätige Arzt wurde ehrengerichtlich nicht bestraft. Mit voller Berechtigung weigerte sich der Verband auf Grund des ehrengerichtlichen Urteils die beantragte Aufhebung der Sperre vorzunehmen. Würde derselbe das Verhalten des betreffenden Arztes und der Kasse billigen, so würde er seine eigenen Grundsätze verleugnen. Mit Recht wird von seiten des L. W. V. betont, daß schon die Teilnahme desselben an dem Kampf und die verhängte Sperre über einen Ort und eine Krankenkasse günstig auf einen entsprechenden Vertragsabschluß wirken. Ist aber ein Kampf ausgebrochen, so sollen nach Meinung des L. W. V. alle Halbheiten vermieden, nur in dringenden Fällen ärztliche Leistungen bewilligt und Kampftaxen gefordert werden.

Dem Leipziger Verbande und seinen Bestrebungen sind nicht allein von seiten der Kassen, auch von seiten fixierter Kassenärzte vielfache Gegner erstanden. Nach meinen früheren Ausführungen brauche ich auf die vielfachen tendenziösen Einwendungen gegen das System der freien Arztwahl nicht mehr einzugehen, aber eine Frage bedurfte der Klärung: Unter welchen Umständen soll von seiten des Leipziger Verbandes dem Verlangen nach Einführung der freien Arztwahl stattgegeben werden? Diese Frage wurde von der Vertrauensmännerversammlung des Leipziger Verbandes in einer Sitzung vom 17. November 1907 in folgenden Sätzen beantwortet.

1. Es soll bei Abschluß neuer Verträge und bei jeder sich bietenden Gelegenheit die freie Arztwahl erstrebt werden.

2. Insbesondere soll die freie Arztwahl überall da eingeführt werden, wo sich die beteiligten bisherigen Kassenärzte in ihrer Mehrheit, wenigstens zu zwei Drittel, dazu bereit finden lassen, oder wo die örtliche Organisation über die allgemeine Durchführung der freien Arztwahl bindende Beschlüsse gefaßt hat.

3. Der Besitzstand von Kollegen (an fixierten Kassenarztstellen) ist zu berücksichtigen und bei Einbußen eine zeitlich begrenzte Einkommengarantie in Erwägung zu ziehen.

4. Wo sich die Inhaber fester Kassenarztstellen nicht dazu bereit finden lassen, soll die Aufbesserung der Honorare ebenfalls angestrebt und die freie Arztwahl allmählich dadurch eingeführt werden, daß ohne Zustimmung der zuständigen Vertragskommission niemand Kassenarztstellen übernimmt, die durch Verzug oder Tod oder durch Kündigung seitens der Kasse, die der ärztliche Verein, die Vertragskommission oder die staatliche Standesvertretung als berechtigt ansieht, frei werden.

5. Im Interesse eines wirksamen Zusammenschlusses ist bei jeder geplanten Erhöhung kassenärztlicher Honorare auf organisatorischem Wege darauf Rücksicht zu nehmen, daß kein zur Kassenpraxis bereiter Arzt von dieser ausgeschlossen bleibt.

6. Die Einführung der freien Arztwahl muß das Endziel aller organisatorischen Bestrebungen sein und bleiben. Deshalb hat der L. W. V. überall da einzugreifen, ihre Einführung überall da zu unterstützen, wo die beteiligten Kassenärzte in ihrer Mehrheit, wenigstens zu zwei Drittel, damit einverstanden sind, jedoch niemals

gegen ihren Willen. Wenn die örtlich beteiligten Kollegen sich geeinigt haben, hat er einzugreifen. Bis dahin erstreckt sich seine Tätigkeit nur auf die Belehrung über die Vorzüge des Systems der freien Arztwahl und auf den Ausgleich und die Versöhnung vorhandener Gegensätze.

7. Bei unseren Bestrebungen auf Förderung unserer wirtschaftlichen Standesinteressen gilt es als vornehmstes Gebot, die Schädigung einzelner Kollegen zu vermeiden. Deshalb fordert die vierte Vertrauensmännerversammlung die Sektionsvorstände und Vorsteher der Ortsgruppen auf, allenthalben energisch auf die Errichtung von Garantieabkommen im Sinne der in Münster i. W. angenommenen Pfalzschen Leitsätze hinzuwirken.

Durch diese Beschlüsse, welche die Einführung der freien Arztwahl davon abhängig machen, daß die beteiligten bisherigen Kassenärzte in ihrer Mehrheit wenigstens zu zwei Drittel dazu bereit sein müssen, wird ohne Zweifel mancher Stein des Anstoßes beseitigt.

Der Leipziger wirtschaftliche Verband hat sich aber noch andere Aufgaben gestellt. Er hat eine Stellenvermittlung für Ärzte eingerichtet, welche auch Assistenten-, Vertreter- und Praktikantenstellen umfaßt. Auch die Vermittlung für Schiffsarztstellen ist in seine Hände übergegangen, er gibt einen Ärztekalender, ein Ärzteverzeichnis heraus und hat weiterhin zwei Hefte:

Ökonomische Verordnungsweise für Kassenärzte und Sammlung taxierter ökonomischer Kassenrezepte erscheinen lassen.

Auch eine Unterstützungskasse für Arztwitwen und notleidende Ärzte ist von dem Leipziger Verbande eingerichtet worden. Dieselbe bemüht sich auch, unbemittelten Arzttöchtern und Arztwitwen durch Ausbildung in der Krankenpflege eine bessere Zukunft zu sichern.

Weiterhin hat sich der Leipziger Verband um die Einführung der Sonntagsruhe für Ärzte und die Ausbildung der Ärzte in der sozialen Medizin große Verdienste erworben.

Noch manche wichtige Aufgabe harrt der Bearbeitung durch die ärztliche Vereinstätigkeit. Als eine der wichtigsten und dringendsten ist die Regelung der Spezialistenfrage zu bezeichnen, mit welcher sich verschiedene Autoren in den letzten Jahren beschäftigt haben. Will man aber einem Übel abhelfen, so ist die erste Aufgabe, der Ursache des Übels nachzugehen. Gewiß hat Quincke teilweise recht, wenn er sagt, daß durchschnittlich weniger Studium, Fleiß und Begabung erforderlich ist, um ein guter spezialistischer, als um ein guter allgemeiner Praktiker zu werden. Aber diese Auffassung gilt nur für den Durchschnittsspezialisten. Um ein guter Spezialarzt zu sein, muß der Betreffende auch ein guter allgemeiner Arzt sein. Das ist allerdings heute nicht immer der Fall. Und trotzdem strömt das Publikum selbst dem mittelmäßigen Spezialisten zu. Der Grund ist zweifellos der, daß er technisch eine bessere Ausbildung erfahren hat. Und dieses technische Können betrifft vielfach

Dinge, die der praktische Arzt nicht allein wissen, sondern auch können sollte. Aus diesem Mangel technischen Könnens bei vielen Ärzten ist das bedrohliche Überwuchern eines nur technisch routinierten Spezialistentums hervorgegangen.

Und dieser Mangel hängt eng mit dem deutschen Universitätsunterricht zusammen, den man nur mit dem kürzlich von F. Müller geschilderten amerikanischen System vergleichen muß, um eine gewisse Rückständigkeit Deutschlands zu begreifen. Das technische Erlernen und Können tritt im deutschen Unterricht beträchtlich hinter dem Wissen zurück, woran übrigens nicht allein die Universitätslehrer, sondern auch die Staatseinrichtungen, Prüfungsordnungen usw. Schuld tragen.

Zu der Abstellung der hier bestehenden Übelstände beizutragen, ist eine wichtige Aufgabe der ärztlichen Vereinigungen. Im Interesse des allgemeinen Wohls und der Stellung der Ärzte muß verlangt werden, daß diese vor der Zulassung zum Examen Zeugnisse über Ausbildung in allen für den Arzt wichtigen diagnostischen und therapeutischen Fächern beibringen, daß sie weiterhin in jedem klinischen Semester in den Hauptkliniken und in den Übungen der sozialen Medizin und Unfallheilkunde mindestens zwei Fälle eingehend untersucht und schriftlich begutachtet haben.

Werden auf diese Weise, die hier nur angedeutet werden konnte, die Ärzte technisch genügend ausgebildet, so wird dem überflüssigen Spezialistentum der Boden entzogen. Dann sollte sich der Arzt aber auch angewöhnen, über Kranke, welche des Spezialarztes bedürfen, persönlich mit diesem zu konferieren und nach gestellter Diagnose leichtere Behandlungen selbst übernehmen oder sich über schwierigere mit dem Spezialarzt verständigen. Ein Zusammenarbeiten des Hausarztes und des Spezialisten ist für den Kranken entschieden vorteilhafter als eine einseitige Spezialbehandlung. Für ein spezialärztliches Examen kann ich mich nicht begeistern, wohl aber für die Prüfung der Benennung als Spezialarzt durch den ärztlichen Verein und eventuell eine höhere Instanz.

Werden die ärztlichen Leistungen auf ein höheres Niveau gehoben, so werden mit Fug und Recht auch andere Ansprüche an die Honorierung gestellt werden können. Daß diese erfüllt werden, heischt schon das Interesse der Allgemeinheit. Die Klagen über mangelhaftes Heilverfahren von seiten der Berufsgenossenschaften hängen zum Teil mit der geringen Honorierung seitens der Krankenkassen zusammen. Es werden aber nach den Erfahrungen der letzten Jahre kaum Schwierigkeiten entstehen, wenn für alle diese ärztlichen Leistungen ein entsprechendes Honorar verlangt wird. Auch für die Kranken der einfachsten Verpflegungsklasse in den Krankenhäusern läßt sich von den

Kassen und Armenverbänden sehr wohl ein Honorar erheben. Es ist geradezu eine Ausbeutung der ärztlichen Tätigkeit, daß diese ohne jeden Entgelt behandelt werden. Infolgedessen sind aber auch die ärztlichen Kräfte an vielen Krankenhäusern nicht ausreichend und die Leistungen dementsprechend.

Der Arzt darf sich aber nicht genügen lassen, eine gute Ausbildung auf der Hochschule zu erwerben, er muß auch bestrebt sein, den Fortschritten der Wissenschaft zu folgen. Allerdings macht der Arzt sich nicht gesetzlich strafbar, der gemäß dem erhaltenen Unterricht seine Kranken behandelt; aber der moralischen Verpflichtung, den Fortschritten der Medizin zu folgen, kann er sich schon deshalb nicht entziehen, weil die Tagespresse häufig wichtige Mitteilungen aus der ärztlichen Fachliteratur bringt und so Fragen der Klientel veranlaßt.

In früherer Zeit bestanden zur Fortbildung der Ärzte an den verschiedenen Universitäten Ferienkurse von Professoren und Dozenten. Durch das Vorgehen von Exzellenz Althoff ist in Preußen ein Zentralkommitee für das ärztliche Fortbildungswesen erstanden, auf dessen Veranlassung in Preußen, und weiterhin auch in Deutschland, an medizinischen Fakultäten und größeren Krankenhäusern unentgeltliche ärztliche Fortbildungskurse gehalten werden. Dieselben werden in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, herausgegeben von Professor Kutner, Berlin NW 6, Luisenplatz 2—4, veröffentlicht, meist aber auch in anderen medizinischen Zeitschriften mitgeteilt.

Der ärztlichen Fortbildung dient auch das in Berlin zum Gedächtnis an die Kaiserin Friedrich gegründete Kaiserin-Friedrich-Haus, das Hörsäle, Arbeitsräume und eine Sammlung ärztlicher Lehrmittel enthält.

Der Arzt, welcher auf Ordnung in seinen Verhältnissen hält, muß aber sorgfältig Buch führen über seine Leistungen. Er muß sich diese sowohl in der Sprechstunde als in der hausärztlichen Praxis angemessen honorieren lassen. Peiper zitiert in seinem Buche der Arzt einen Ausspruch von Gustav Freitag: „Der Mann tut Unrecht, der sein Bestes, seine Kraft, an eine Arbeit setzt, die ihm nicht in dem Maße lohnt, als seine Tätigkeit es verdient."

Schwierig ist allerdings zu erklären, was angemessen heißt. Erb hat auf dem Kongreß in Wiesbaden ausgeführt, daß einzelne Honorarforderungen von Ärzten neuerdings alles Maß übersteigen. Das sind aber gewiß Ausnahmen. Für Fälle des Zweifels sind ja die ärztlichen Taxen der meisten deutschen Staaten vorhanden. Aber da die Grenzen sehr weit gezogen sind, so bleibt im einzelnen Falle zu erwägen, wie sich ortsüb-

lich der Gebrauch unter den Ärzten ausgebildet hat. Und es empfiehlt sich, für die Ärzte einer Stadt, eines Ortes und einer Gegend gewisse allgemeingültige Normen aufzustellen. Ein Schüler von mir berichtete aus einer kleinen Stadt in wohlhabender Gegend, wie in früherer Zeit die Uneinigkeit der drei vorhandenen Ärzte durch jeweilige Unterbietung der Forderung des Konkurrenten geradezu trostlose Zustände im Gefolge hatte, und wie seit einigen Jahren nach Feststellung einer gemeinschaftlichen Taxe die vorher zum Leben völlig ungenügenden Einnahmen sich auf das dreifache der früheren Zeit gesteigert hatten. Derartige Vereinbarungen, wenn sie nicht über das Ziel des allgemein gebräuchlichen hinausgehen, werden in strittigen Fällen auch von den Gerichten, nach Anhörung der staatlichen Medizinalpersonen, als Norm den Entscheidungen zugrunde gelegt.

In den letzten Jahren ist seitens der ärztlichen Vereine empfohlen worden, daß die Rechnungen vierteljährlich gesandt werden. Ein derartiges Verfahren ist vor allem bei solchen Familien am Platz, welche dem Arzt nicht seit längerer Zeit bekannt sind. In der Sprechstunde empfiehlt es sich, von Unbekannten möglichst sofortige Bezahlung anzunehmen. Ärzte, welche in der Buchführung und Rechnungsforderung nachlässig sind, bleiben dem interessierten Publikum nicht unbekannt. Ich erinnere mich eines sehr beschäftigten und angesehenen Arztes in einer mehr als wohlhabenden Stadt, der zehn Jahre keine Rechnung gesandt hatte. Als dann seine Kräfte nachließen, versuchte er die Rückstände zu erhalten und sandte Rechnungen von zehn Jahren. Nur ein minimaler Teil der Forderungen ging dem unterdessen schwer kranken Kollegen und seinen Angehörigen zu. Ein derartiges Verhalten ist aber auch Unrecht gegenüber Familien, von denen die meisten mit einem Jahreseinkommen rechnen. Anständige Menschen, die ihre Schuld abzutragen bestrebt sind, leiden unter solchen Verhältnissen. Aber auch der gutsituierte Arzt darf im Interesse der jüngeren Kollegen seine Tätigkeit nur ausnahmsweise verschenken.

Von großem Werte für die Ärzte sind die neuerdings an vielen Orten gebildeten Rechtsschutzvereine, welche die nicht beglichenen Honorarforderungen von dem Arzt übernehmen und seine Ansprüche eventuell im Rechtsverfahren vertreten. An den Rechtsschutzverein mit seinem juristischen Berater (andernfalls an einen Rechtsanwalt) sollte jeder Arzt sich wenden, welcher auf Grund seiner Berufstätigkeit mit einer Klage bedroht wird.

In früheren Zeiten bestand mehr als heute die Sitte, daß die Ärzte gegen ein jährliches hausärztliches Fixum die Behandlung einer Familie übernahmen. Diese Stellung beruhte teils auf einer bestimmten Vereinbarung, teils auf stillschweigender Voraussetzung, begründet in der Annahme der Leistungen einerseits, der Annahme des Honorars anderseits.

Während des Jahres sind die beiden Kontrahenten, abgesehen von groben Vertrauensbrüchen oder Verstößen gegen die ärztliche Ehre, aneinander gebunden.

Diese Sitte hat einerseits den Vorteil, dem Arzt ein Fixum zu sichern, auf der anderen Seite den Nutzen, daß der Arzt der Krankheitsvorbeugung in den Familien eine größere Aufmerksamkeit zuwenden kann. Vielleicht läßt sich dieses System mit entsprechender Honorierung wieder weiter ausbilden.

Die ärztliche Versorgung der Eisenbahnbetriebs- und Beamtenkrankenkasse mit freier Arztwahl könnte als Muster dienen, ebenso die von mir eingehend erwähnten Betriebskrankenkassen in Lobberich.

M. H.! Wie ich schon früher ausführte, besteht eine weitere wichtige Aufgabe für den Arzt in der Versicherung gegen Unfälle, Haftpflicht und in der Sorge für Alter, Invalidität und Familie.

Daß der Arzt, der so vielen Gefahren in seinem Berufe ausgesetzt ist, sich gegen Unfälle versichern soll, bedarf gewiß keiner Erläuterung. Ebenso wichtig ist die Haftpflichtversicherung für die eigene Person und die Gehilfen in der ärztlichen Tätigkeit. Durch das bürgerliche Gesetzbuch ist die Verpflichtung zum Schadenersatz bei Kunstfehlern, fahrlässiger Körperverletzung usw. gegeben, und Menschen, welche sich geschädigt glauben, begnügen sich heute nicht mehr, ihrer Unzufriedenheit mit dem Arzt Ausdruck zu geben, sondern bemühen sich, die wirkliche oder vermeintliche Schädigung rechnerisch zu verwerten. Mit diesen Verhältnissen muß der Arzt rechnen und sich vorsehen.

Die Sorge für Alter und Invalidität und die Sicherung der Familie nach dem Ableben des Ernährers sollte kein Arzt unterlassen. Je früher derselbe einer Lebens- oder Rentenversicherung beitritt, um so günstiger stellen sich die Ausgaben. Eine besondere Versicherung für Ärzte stellt die Versicherungskasse für die Ärzte Deutschlands (früher Zentralhilfskasse) dar. Diese 1879 ins Leben gerufene und durch Zuwendungen von Vermächtnissen gewachsene Kasse gibt den Mitgliedern resp. deren Angehörigen 1. einen vertragsmäßigen Geldanspruch im Krankheits-, Invaliditäts-, Todes- und Altersfalle, 2. erforderlichenfalls Darlehen, 3. Vermittlung von Lebensversicherungen und Zahlung der fälligen Prämien für die durch Notfälle nicht zahlungsfähigen Versicherten.

Weiterhin haben die Ärztekammern das Recht, zur Deckung der Verwaltungskosten und „sonstigen von den Ärzten beschlossenen Aufwendungen für Angelegenheiten des ärztlichen Standes“ und somit auch zur Unterstützung von notleidenden Ärzten und ihren Angehörigen Steuern zu erheben. Von diesem Rechte haben schon viele Ärztekammern Gebrauch gemacht; die Ärztekammer Berlin-Brandenburg erhebt außer

10 Mk. Grundsteuer von dem einzelnen 5% der Einkommensteuer für Einnahmen von 5000 Mk. an.

Außer diesen Kassen besteht noch eine große Zahl einzelner Unterstützungskassen, deren Leistungsfähigkeit aber meistens gering ist, so diejenigen verschiedener Bezirksvereine, weiterhin die Hufelandsche Stiftung für Ärzte und Arztwitwen, die Busch-Nasse-Stiftung u. a.

Verhältnismäßig günstig ist das ärztliche Unterstützungswesen im Königreich Sachsen und in Bayern gestaltet, in letzterem durch 1. den Pensionsverein für Witwen und Waisen bayrischer Ärzte, 2. die Witwen- und Waisen-Kassa-Stiftung, 3. den Verein zur Unterstützung invalider, hilfsbedürftiger Ärzte, 4. die Witwenkasse des ärztlichen Invalidenunterstützungsvereins. Diese Kassen erhalten zum Teil staatliche Unterstützung. Im Königreich Sachsen muß jeder Arzt vom Tage seiner Niederlassung ab jährlich 10 Mk. an die Invaliden- und 20 Mk. an die Witwen- und Waisenkasse bezahlen. Anspruch besteht nur im Bedürftigkeitsfalle, dann aber erhält der Invalide 900 Mk., die Witwe 600 Mk. und jede Waise 300 Mk. im Jahr.

Auch die übrigen deutschen Staaten haben meistens derartige, jedoch weniger leistungsfähige Unterstützungskassen, die aufzuzählen zu weit führen würde.

Aber alle diese und viele andere Unterstützungskassen für bedürftige Ärzte und Arzthinterbliebene reichen bei weitem nicht aus. Es muß deshalb, wie Alexander-Berlin noch kürzlich betont hat, der einzelne Arzt es als Pflicht empfinden, für sich und die Seinen in Tagen der Not zu sorgen.

M. H.! Wir sind am Schlusse der Vorlesungen angelangt. Ich habe es versucht, Ihnen den Weg zu zeigen, welchen ich in vielfacher Übereinstimmung mit hervorragenden Kollegen für Ihr soziales Wirken im Leben für den richtigen halte. Ich würde mich freuen, wenn die gegebenen Fingerzeige Ihnen und unserem Vaterland von Nutzen sind. Wir haben auch die berechtigten Eigeninteressen der Ärzte kennen gelernt. Daß diese niemals die Interessen der Allgemeinheit zugunsten eines Standes schädigen dürfen, versteht sich von selbst — die Eigeninteressen hören dann auf berechtigt zu sein. Aber von den bisherigen Bestrebungen kann man sagen, daß sie ebenso dem allgemeinen Wohl wie den Ärzten dienen. Erfolg haben diese Bestrebungen aber nur durch den Zusammenschluß der Ärzte gebracht. Vergessen Sie das nie!

Die jahrhundertelange Bevormundung und teilweise Vergewaltigung sind wohl die Ursache, daß egoistische Erwägungen und Mißtrauen eine weitgehende Zersplitterung der deutschen

Staatsbürger bedingt und zu einer Schädigung der allgemeinen Interessen geführt haben. Unter dieser Zersplitterung hat auch der ärztliche Beruf schwer gelitten. Hoffen wir, daß es einer neuen Zeit gelingt, die heranwachsende Generation in der Familie, in der Schule, auf der Universität und im Leben mit neuem Pflichtgefühl zu erfüllen, und so das deutsche Volk vor unheilbarem Schaden zu bewahren.

Der staatliche Untergang des Griechentums infolge ungezügelter Sonderbestrebungen kann uns eine heilsame Lehre sein.

Literatur.

Appelius: Invalidenversicherung und Arzt, Vortrag im ärztlichen Verein in Bonn am 2. Mai 1907. Amtliche Nachrichten der Landes-Versicherungsanstalt Rheinprovinz, 1907 Nr. 9.

Arbeiter-Versicherung, die deutsche: herausgegeben im Auftrag des Reichsversicherungsamts, Berlin 1906.

Baer, G.: Korr.-Blatt f. Schweizer Ärzte, 1905, S. 690.

Bäumler, Versammlung südwestdeutscher Neurologen, 1907.

Bielefeldt: Soziale Medizin und Hygiene, Bd. II, Nr. 7.

Binding: Zitiert nach H. Schmidt, Das ärztliche Berufsgeheimnis.

Bockendahl, von: Allgemeine Bemerkungen über ärztliche Mitwirkung bei der Invalidenversicherung, Kiel 1905.

Brückmann: Deutsche med. Wochenschrift, 1907, Nr. 48 (bei Flügge).

Curschmann: Internationaler Kongreß für Hygiene, Berlin 1907.

Dohna, Graf zu: Die Rechtswidrigkeit, Halle 1905.

Dölger: Funktionelle Hörprüfung. Münch. med. Wochenschrift, 30. Juli 1907.

Dumestrey: Monatsschrift für Unfallheilkunde, 20. August 1896.

Egger: Versammlung südwestdeutscher Neurologen, 1907.

Engelmann: Zeitschrift für Medizinalbeamte, 1907, Nr. 10.

Erben: Wiener med. Wochenschrift, 1906, Nr. 13.

Feilchenfeld: Sitz. d. Gesellsch. f. soz. Medizin, Hyg. usw., Berlin, 5. Juli 1906.

Finger: Der Geheimnisbruch; Deutsch. und Ausländ. Strafrecht, Bd. VIII.

Florschütz: Lebensversicherung, Eulenburgs Realenzyklopädie.

Flügge, Deutsche med. Wochenschrift, 1907, Nr. 48.

Fromme: Die rechtliche Stellung des Arztes und seine Pflicht zur Verschwiegenheit im Beruf, Berliner Klinik, März 1902.

Fromme, Entgeltliche Übertragung ärzlicher Praxis, Berliner Klinik 1906.

Fuchs: Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1894, S. 77.

Fürstner: Arch. f. Psych., Bd. XIX, S. 601.

Gaupp: Versammlung deutscher Naturforscher, Stuttgart 1906.

Gaupp-Stein: Kommentar zur Zivilprozeßordnung, 8. Auflage, S. 874.

Golabiewski: Wegweiser der Gewerbehygiene.

Goldscheider: Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1898, S. 402.

Golz, von: Heilverfahren, Med. Reform 1906.

Graf, E.: Das ärztliche Vereinswesen in Deutschland, Leipzig 1890.

Grober: Einführung in die Versicherungsmedizin, Jena 1907.

Groenow: Deutsche med. Wochenschrift, 1907.

Grotjahn: Gesellsch. f. soz. Med., Berlin, 11. April 1907.

Hackländer: Münch. med. Wochenschrift, 1906, Nr. 48,

Handbuch der sozialen Medizin, Jena 1903.

Hamm: Ärztl. Vereinsblatt, 1907, S. 330.

Hartmann: Bericht über d. Tätigkeit d. Berliner Schulärzte 1905 06, Ärztl. V.-Bl. 30. April 1907.
Heinemann: Deutsche med. Wochenschrift, 1905, S. 1037.
Heimberger: Strafrecht und Medizin, 1899.
Hellwig: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1904.
Hoche: Versammlung südwestdeutscher Neurologen, 1907.
Hofmann: Versammlung südwestdeutscher Neurologen, 1907.
Hoffmann: Sitzung der Leipz. med. Gesellsch. vom 14. Juli 1896.
Hoesslin, von: Münch. med. Wochenschrift, 1902, Nr. 37.
Kade: Die Ehrengerichtsbarkeit der Ärzte in Preußen, Berlin 1906.
Kaufmann: Handbuch der Unfallmedizin, Stuttgart 1907.
Kirch: Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1902, S. 197.
Kirchberg: Medizinische Klinik, 1907, Nr. 19 und 20.
Kirchner: Die gesetzlichen Grundlagen der Seuchenbekämpfung, Jena 1907.
Kirchner: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1904.
Kocher: Notnagels Handbuch, Bd. 11.
Kußmaul: Erinnerungen eines alten Arztes, Stuttgart 1903.
Kußmaul: Untersuchungen über den konstitutionellen Merkurialismus, Würzburg 1861.
Kümmell: Ärztlicher Verein, Hamburg 1894.
Landsberg: Deutsche med. Wochenschrift, 1907, Nr. 4.
Ledderhose: Vertrag auf dem Verbandstage der Baugewerks-Berufsgenossenschaft, Stuttgart 1906.
Leersum, van: Zeitschrift für Unfallheilkunde, 1903, S. 37.
Leitfaden der Arbeiterversicherung für das Deutsche Reich, 1907.
Leppmann: Ärztl. Sachverständigen-Zeitung, 1906, Nr. 22 und 23.
Liebmann: Die Pflicht des Arztes zur Bewahrung anvertrauter Geheimnisse, 1890.
Liniger: Die Behandlung und Begutachtung der Arbeiterhand, Bonn 1906.
Liniger: Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1905, S. 251, 1895, S. 362.
Linkenheld: Schularzt, Berliner klin. Wochenschrift, 1907. Nr. 38.
Liszt, von: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1904.
Lohmar, Paul: Über Reform und Vereinheitlichung unserer Arbeiterversicherung, Köln 1905, Kölner Verlagsanstalt, Ärztl. Vereinsblatt.
Lohmar, Paul: Soziale Medizin und Hygiene, Bd. II, Nr. 7.
Loebker: Verhandlungen der Ärztetage 1898—1907.
Löwe: Kommentar zum Strafgesetzbuch, zitiert nach H. Schmidt, ärztl. Berufsgeheimnisse.
Marcuse: Gedankensplitter, Wiener med. Wochenschrift, 1906, Nr. 38.
Mayet: Gesellsch. f. soz. Medizin, Dezember 1905.
Mittermaier: Zeitschrift für die gesamte Strafrechtswissenschaft, Bd. 21.
Moll, A.: Ärztliche Ethik, Stuttgart 1902.
Müller: Monatsschrift für Unfallheilkunde, 1894, S. 20.
Mugdan: Verein für öffentliche Gesundheitspflege, Bremen 1907.
Nachrichten, Amtliche des Reichs-Versicherungsamtes 1907, Beiheft (Statistik der Heilbehandlung).
Neuberger: Aus den preußischen Ärztekammern, Münch. med. Wochenschrift, 1907, Nr. 32.
Nonne: Versammlung südwestdeutscher Neurologen, 1907.
Nonne: Neurologisches Zentralblatt, 1896, Nr. 12.
Patry: Revue méd. de la Suisse romande, 1903, V. 23, S. 326 (zitiert nach Kaufmann).
Peiper: Der Arzt, Wiesbaden 1906.

Placzek: Das Berufsgeheimnis des Arztes, 2. Auflage 1898.
Quincke: Ärztliches V.-Bl. 1. Juni 1906.
Quincke: Ärztliches V.-Bl., 1. September 1906.
Rapmund und Dietrich: Ärztliche Rechts- und Gesetzkunde, Leipzig 1899.
Raybaud: zitiert nach Kaufmann.
Reinhold: Neurologisches Zentralblatt, 1905, Nr. 14.
Roth: Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, 1904.
Roth: Ärztliche Mitteilungen, 1907, Nr. 23.
Roth: Vortrag auf d. internat. Kongreß für Hygiene, Berlin 1907.
Rumpe: Preußische Jahrbücher, Dezember 1904.
Rumpf: Bleivergiftung, Enzyklopädie der Therapie, Bd. 1.
Rumpf: Verhandl. des med. Kongresses für innere Medizin in Wiesbaden 1893.
Rumpf: Zur Reform der soz. Gesetzgebung, Soz. Medizin und Hygiene, 1907, Bd. II.
Rumpf: Deutsche med. Wochenschrift, 1890, Nr. 9.
Rumpf: Münch. med. Wochenschrift, 1907, Nr. 4.
Seelmann, H.: Das gesamte Material z. Reform d. Arb.-Vers. Krankenkassen-Bibliothek 1906.
Sayffaerth: Die deutsche Arbeiterversicherung der Zukunft, Medizinische Reform. Wochenschrift für soziale Medizin, 1906.
Sayffaerth: Kreisarbeitsämter, Köln 1906.
Schlechdendahl: Deutsche med. Wochenschrift, 1895.
Schmidt: Das ärztliche Berufsgeheimnis, Jena 1907.
Schmidt: Zeitschrift für soziale Medizin, Bd. II, Heft 4.
Scholl: Ärztliches Vereinsblatt 1906.
Schuchardt: Vergiftungen in Penzold und Stintzing, Jena 1902.
Schultze: Referat in der Sitz. der rheinischen Ärztekammer am 3. September 1906.
Schultze: Ärzliche Sachverständigen-Zeitung, 1907, Nr. 6.
Schumm: Zeitschrift für physiol. Chemie, 1907, Heft 4 und 5.
Schuster: Die Untersuchung und Begutachtung der traumatischen Erkrankungen des Nervensystems, Berlin 1899.
Spaeth: Die Reform der Arbeiterversicherung, Soziale Zeitfragen 1905.
Statistisches Jahrbuch: f. d. Deutsche Reich, 1907.
Stier-Somlo: Deutsche Sozialgesetzgebung, Jena 1906.
Strümpell: Deutsche Arch. f. klin. Med., Bd. 22.
Schwanck, A.: Die Reform des Heilverfahrens, Köln 1806.
Schwarz: St. Petersburger med. Wochenschrift, 1907, Nr. 9.
Thiem: Deutsche med. Wochenschrift, 1907, Nr. 27.
Ughetti: Zwischen Ärzten und Patienten, Wien und Leipzig 1900.
Wick-Roth: Über Simulation von Blindheit und Schwachsichtigkeit, Berlin 1907.
Windscheid: Der Arzt als Begutachter, Jena 1905.
Windscheid: Amtliche Nachrichten des Reichsversicherungsamts, 15. Juli 1907.
Witzel: Unfallverletzte und Wahrheitsliebe, Bonn 1893, Hauptmann.
Wegner: Zeitschrift für Unfallheilkunde, 1902, S. 389.
Ziemssen, von: Die Ethik des Arztes als medizinischer Lehrgegenstand, Leipzig 1899.
Zitelmann: Die Haftung des Arztes aus ärztlicher Behandlung, Deutsche med. Wochenschrift, 1907 und Leipzig 1908, Georg Thieme.

Anhang.

Die für den Arzt wichtigsten Gesetze und Verordnungen.

Reichsgewerbeordnung v. 21. Juni 1869.

Zur Ausübung der ärztlichen Praxis ist nach § 29 der Reichsgewerbeordnung vom 21. Juni 1869 eine Approbation erforderlich.

Reichsprüfungsordnung vom 28. Mai 1901.

Nach § 59 der Reichsprüfungsordnung für Ärzte vom 28. Mai 1901, und zwar nach einjähriger Beschäftigung als Praktikant, erhält der Arzt gemäß § 40, Abs. 1 unwiderruflich die Approbation.

Bei der Niederlassung innerhalb des Deutschen Reiches hat der Arzt unter Vorlegung seiner Approbation dem örtlich zuständigen Kreisarzte gemäß der zufolge des Erlasses vom 11. Dezember 1875 ergangenen Regierungspolizeiverordnungen und § 45 der Dienstanweisung für die Kreisärzte vom 23. März 1901 Anzeige zu erstatten bei Vermeidung einer Polizeistrafe bis zu 30 Mark. Beim Verziehen ist gleichfalls Abmeldung beim Kreisarzte erforderlich.

Nach § 53 der Gewerbeordnung kann die Approbation dem Arzte durch Entscheidung der Verwaltungsbehörde (in Preußen des Bezirksausschusses) entzogen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise, auf Grund deren sie erteilt ist, dargetan wird, oder wenn dem Inhaber der Approbation die bürgerlichen Ehrenrechte aberkannt sind, im letzteren Falle nur für die Dauer der Aberkennung.

Dagegen kann wegen standesunwürdigen Verhaltens durch den Ehrengerichtshof die Approbation nicht entzogen werden.

Durch die Entziehung der Approbation scheidet der Arzt aus dem Ärztestande aus und untersteht nicht mehr der Ehrengerichtsbarkeit in Preußen.

Verordnung betr. die Errichtung einer ärztlichen Standesvertretung vom 25. Mai 1887.

Der Arzt in Preußen gehört dem Ärztestande und der für diesen durch die Verordnung, betreffend die Errichtung einer ärztlichen Standesvertretung, vom 25. Mai 1887 nebst den abändernden Verordnungen geschaffenen Organisation des ärztlichen Standes an. Als abändernde Verordnungen kommen in Betracht diejenigen vom 21. Juli 1892, 6. Januar 1896, 20. Mai 1898, 23. Januar 1899, sowie das Gesetz betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Ärztekammern vom 25. November 1899, ferner der Erlaß vom 17. September 1904, betreffend die Bemessung der Ärztekammerbeiträge nach der Einkommensteuer.

Nach der herrschenden Meinung, auch nach der neuen Fassung des § 49 des Ehrengerichtsgesetzes (Gesetz vom 27. Juli 1904) sind Ärzte, welche weder eine ärztliche Praxis, noch eine andere auf der ärztlichen Wissenschaft beruhende, gewinnbringende Tätigkeit ausüben, von der Beitragspflicht für die Ärztekammer befreit, sofern sie eine schriftliche diesbezügliche Erklärung dem Vorstande der Ärztekammer abgegeben haben.

Außer dieser Ehrengerichtsbarkeit über die nicht beamteten Ärzte sind noch zu erwähnen die Disziplinargesetzgebung über die beamteten Ärzte, sowie die Aller-

höchste Verordnung über Ehrengerichte der Sanitätsoffiziere des aktiven und des beurlaubten Standes im preußischen Heere vom 9. April 1901.

Nach § 147, Nr. 3 der Reichsgewerbeordnung wird mit Geldstrafe bis zu 300 Mark und im Unvermögensfalle mit Haft bestraft, wer, ohne hierzu approbiert zu sein, sich als Arzt (Wundarzt, Augenarzt, Geburtshelfer, Zahnarzt, Tierarzt) bezeichnet oder sich einen ähnlichen Titel beilegt, durch den der Glaube erweckt wird, der Inhaber desselben sei eine geprüfte Medizinalperson. Zur Führung eines außerdeutschen Doktortitels ist die Genehmigung der zuständigen Zentralbehörde des Heimatlandes erforderlich. In Preußen wird die Genehmigung durch den Minister der Medizinalangelegenheiten erteilt (Verordnung vom 7. April 1897). § 147 Nr. 3 Gewerbeordnung.

Unternehmer von Privatkranken-, Privatentbindungs- und Privatirrenanstalten bedürfen einer Konzession der höheren Verwaltungsbehörde. ebenda § 30.

Die Berufung zum Amte eines Schöffen oder Geschworenen dürfen Ärzte ablehnen. Gerichtsverfassges. v. 17. Mai 1898. § 35, Nr. 3 bzw. § 86 Abs. 2.

Ärzte sind in Ansehung desjenigen, was ihnen bei Ausübung ihres Berufes anvertraut ist, zur Verweigerung des Zeugnisses berechtigt.

Das Zeugnis darf nicht verweigert werden, wenn der Arzt von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit entbunden ist. Strafprozeßordnung vom 1. Februar 1877, § 52, Nr. 3.

(Die Erben des verstorbenen Patienten sind nicht berechtigt, den Arzt von der Pflicht der Verschwiegenheit zu entbinden. Urteil des Reichsgerichts vom 23. April 1906.)

Die richterliche Leichenschau wird unter Zuziehung eines Arztes, die Leichenöffnung im Beisein des Richters von zwei Ärzten, unter welchen sich ein Gerichtsarzt befinden muß, vorgenommen. Demjenigen Arzte, welcher den Verstorbenen in der dem Tode unmittelbar vorausgegangenen Krankheit behandelt hat, ist die Leichenschau nicht zu übertragen. Derselbe kann jedoch aufgefordert werden, der Leichenöffnung anzuwohnen, um aus der Krankheitsgeschichte Aufschlüsse zu geben. ebenda § 87.

Der Richter kann anordnen, daß beim Verdacht einer Vergiftung die Untersuchung unter Mitwirkung oder Leitung eines Arztes stattzufinden habe. ebenda § 91.

Mit Zuchthaus bis zu 5 Jahren werden bestraft Beamte, Ärzte oder andere Medizinalpersonen, welche in Gefängnissen oder in öffentlichen, zur Pflege von Kranken, Armen oder anderen Hilflosen bestimmten Anstalten beschäftigt oder angestellt sind, wenn sie mit den in das Gefängnis oder in die Anstalt aufgenommenen Personen unzüchtige Handlungen vornehmen. Reichsstrafgesetzbuch vom 31. Mai 1870, § 178, Nr. 3.

Mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer § 176.

1. mit Gewalt unzüchtige Handlungen an einer Frauensperson vornimmt und dieselbe durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben zur Duldung unzüchtiger Handlungen nötigt;
2. eine in willenlosem oder bewußtlosem Zustande befindliche oder eine geisteskranke Frauensperson zum außerehelichen Beischlaf mißbraucht oder
3. mit Personen unter vierzehn Jahren unzüchtige Handlungen vornimmt oder dieselben zur Verübung oder Duldung unzüchtiger Handlungen verleitet.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter sechs Monaten ein.

Mit Zuchthaus wird bestraft, wer durch Gewalt oder durch Drohung mit gegenwärtiger Gefahr für Leib oder Leben eine Frauensperson zu Duldung des außerehelichen Beischlafs nötigt oder wer eine Frauensperson zum außerehelichen Beischlafe mißbraucht, nachdem er sie zu diesem Zweck in einen willenlosen oder bewußtlosen Zustand versetzt hat. § 177.

Ist durch eine der in den §§ 176 und 177 bezeichneten Handlungen der Tod § 178.

der verletzten Person verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter zehn Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein.

§ 218. Eine Schwangere, welche ihre Frucht vorsätzlich abtreibt oder im Mutterleibe tötet, wird mit Zuchthaus bis zu fünf Jahren bestraft.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter sechs Monaten ein. Dieselben Strafvorschriften finden auf denjenigen Anwendung, welcher mit Einwilligung der Schwangeren die Mittel zu der Abtreibung oder Tötung bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

§ 219. Mit Zuchthaus bis zu zehn Jahren wird bestraft, wer einer Schwangeren, welche ihre Frucht abgetrieben oder getötet hat, gegen Entgelt die Mittel hierzu verschafft, bei ihr angewendet oder ihr beigebracht hat.

§ 220. Wer die Leibesfrucht einer Schwangeren ohne deren Wissen und Willen vorsätzlich abtreibt oder tötet, wird mit Zuchthaus nicht unter zwei Jahren bestraft.

Ist durch die Handlung der Tod der Schwangeren verursacht worden, so tritt Zuchthausstrafe nicht unter zehn Jahren oder lebenslängliche Zuchthausstrafe ein.

ebenda § 209. Zum Zweikampf zugezogene Ärzte und Wundärzte sind straflos.

ebenda § 221. Wer eine wegen jugendlichen Alters, Gebrechlichkeit oder Krankheit hilflose Person aussetzt, oder wer eine solche Person, wenn dieselbe unter seiner Obhut steht, oder wenn er für die Unterbringung, Fortschaffung oder Aufnahme derselben zu sorgen hat, in hilfloser Lage vorsätzlich verläßt, wird mit Gefängnis nicht unter drei Monaten bestraft (wenn ein Arzt eine Kreißende verläßt).

ebenda § 222. Wer durch Fahrlässigkeit den Tod eines Menschen verursacht, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft. War der Täter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet, so kann die Strafe bis auf fünf Jahre Gefängnis erhöht werden.

Der § 223, Abs. 1 lautet: Wer vorsätzlich einen andern körperlich mißhandelt oder an der Gesundheit beschädigt, wird wegen Körperverletzung mit Gefängnis bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bis zu 1000 Mark bestraft.

ebenda § 230. Wer durch Fahrlässigkeit die Körperverletzung eines andern verursacht, wird mit Geldstrafe bis zu 900 Mark oder mit Gefängnis bis zu zwei Jahren bestraft. War der Täter zu der Aufmerksamkeit, welche er aus den Augen setzte, vermöge seines Amtes, Berufes oder Gewerbes besonders verpflichtet, so kann die Strafe auf drei Jahre Gefängnis erhöht werden.

§ 232. Die Verfolgung leichter vorsätzlicher, sowie aller durch Fahrlässigkeit verursachten Körverletzungen (223, 230) tritt nur auf Antrag ein, sofern nicht Körperverletzung mit Übertretung einer Amts-, Berufs- oder Gewerbspflicht begangen worden ist.

§ 239. Wer vorsätzlich und widerrechtlich einen Menschen einsperrt oder auf andere Weise des Gebrauches der persönlichen Freiheit beraubt, wird mit Gefängnis bestraft.

Wenn die Freiheitsberaubung über eine Woche gedauert hat, oder wenn eine schwere Körperverletzung des der Freiheit Beraubten durch die Freiheitsentziehung, oder die ihm während derselben widerfahrene Behandlung verursacht worden ist, so ist auf Zuchthaus bis zu zehn Jahren zu erkennen.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so tritt Gefängnisstrafe nicht unter einem Monat ein.

ebenda § 277. Wer unter der ihm nicht zustehenden Bezeichnung als Arzt oder als eine andere approbierte Medizinalperson oder unberechtigt unter dem Namen solcher Personen ein Zeugnis über seinen oder eines anderen Gesundheitszustand ausstellt oder ein derartiges echtes Zeugnis verfälscht und davon zur Täuschung von Behörden

oder Versicherungsgesellschaften Gebrauch macht, wird mit Gefängnis bis zu einem Jahre bestraft.

Ärzte und andere approbierte Medizinalpersonen, welche ein unrichtiges Zeugnis über den Gesundheitszustand eines Menschen zum Gebrauche bei einer Behörde oder Versicherungsgesellschaft wider besseres Wissen ausstellen, werden mit Gefängnis von einem Monat bis zu zwei Jahren bestraft. ebenda § 278.

Neben einer nach Vorschrift der §§ 277, 278 erkannten Gefängnisstrafe kann auf Verlust der bürgerlichen Ehrenrechte erkannt werden. ebenda § 280.

Rechtsanwälte, Advokaten, Notare, Verteidiger in Strafsachen, Ärzte, Wundärzte, Hebammen, Apotheker, sowie die Gehilfen dieser Personen werden, wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren, die ihnen kraft ihres Amtes, Standes oder Gewerbes anvertraut sind, mit Geldstrafe bis zu 1500 Mark oder mit Gefängnis bis zu drei Monaten bestraft. ebenda § 300.

Die Verfolgung tritt nur auf Antrag ein.

Immerhin kann es Fälle geben, in denen der Arzt gehalten ist, Strafanzeige zu erstatten: Wer von dem Vorhaben eines Hochverrates, Landesverrates, Münzverbrechens, Mordes, Raubes, Menschenraubes oder eines gemeingefährlichen Verbrechens zu einer Zeit, in welcher die Verhütung des Verbrechens möglich ist, glaubhafte Kenntnis erhält und es unterläßt, hiervon der Behörde oder der durch das Verbrechen bedrohten Person zur rechten Zeit Anzeige zu machen, ist, wenn das Verbrechen oder ein strafbarer Versuch desselben begangen worden ist, mit Gefängnis zu bestrafen. ebenda § 139.

Im gegebenen Falle wird eventuell die Vorschrift des § 257 den Arzt darüber aufklären, ob er Anzeige erstatten soll oder nicht. Der Paragraph lautet: Wer nach Begehung eines Verbrechens oder Vergehens dem Täter oder Teilnehmer wissentlich Beistand leistet, um demselben der Bestrafung zu entziehen oder um ihm die Vorteile des Verbrechens oder des Vergehens zu sichern, ist wegen Begünstigung zu bestrafen. ebenda § 257.

Notwehr ist diejenige Verteidigung, welche erforderlich ist, um einen gegenwärtigen, rechtswidrigen Angriff von sich oder einem andern abzuwenden. ebenda § 53, Abs. 2.

Selbst der Fall des strafrechtlichen Notstandes ist bei operativen Eingriffen denkbar: Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn die Handlung, außer dem Falle der Notwehr, in einem unverschuldeten, auf andere Weise nicht zu beseitigenden Notstande zur Rettung aus einer gegenwärtigen Gefahr für Leib und Leben des Täters oder eines Angehörigen begangen worden ist. ebenda § 54.

Wegen Verletzung der Wehrpflicht wird bestraft ein im Offizierrange stehender Arzt des beurlaubten Standes, welcher ohne Erlaubnis auswandert, mit Geldstrafe bis zu 3000 Mark oder mit Haft oder mit Gefängnis bis zu sechs Monaten. ebenda § 140, Abs. 1, Nr. 2.

Mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft wird bestraft, wer bei Unglücksfällen oder allgemeiner Gefahr oder Not von der Polizeibehörde oder deren Stellvertreter zur Hilfe aufgefordert, keine Folge leistet, obgleich er der Aufforderung ohne erhebliche eigene Gefahr genügen konnte. Strafgesetzbuch § 360.

Eventuell wird der Arzt durch die Polizeibehörde nach § 132 des preußischen Gesetzes vom 30. Juli 1883 über die allgemeine Landesverwaltung zur ärztlichen Hilfeleistung durch Strafandrohung gezwungen werden können.

Der Handel mit Drogen und chemischen Präparaten, welche zu Heilzwecken dienen, ist zu untersagen, wenn die Handhabung des Gewerbebetriebs Leben und Gesundheit von Menschen gefährdet. Reichsgewerbeordnung § 35 Abs. 4.

Mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft wird bestraft Reichsstrafgesetzbuch § 367.

3. wer ohne polizeiliche Erlaubnis Gift oder Arzneien, soweit der Handel mit

denselben nicht freigegeben ist, zubereitet, feilhält, verkauft oder sonst an andere überläßt;

5. wer bei der Aufbewahrung oder bei der Beförderung von Giftwaren sowie der Arzneien die deshalb ergangenen Verordnungen nicht befolgt.

Bürgerliches Gesetzbuch § 611. Durch den Dienstvertrag wird derjenige, welcher Dienste zusagt, zu Leistung der versprochenen Dienste, der andere Teil zur Gewährung der vereinbarten Vergütung verpflichtet.

Gegenstand des Dienstvertrages können Dienste jeder Art sein.

ebenda § 612. Eine Vergütung gilt stillschweigend vereinbart, wenn die Dienstleistung den Umständen nach nur gegen eine Vergütung zu erwarten ist.

Ist die Höhe der Vergütung nicht bestimmt, so ist bei dem Bestehen einer Taxe die tarifmäßige Vergütung, in Ermangelung einer Taxe die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen.

ebenda § 626. Das Dienstverhältnis kann von jedem Teile ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt.

ebenda § 627. Hat der zur Dienstleistung Verpflichtete, ohne in einem dauernden Dienstverhältnisse mit festen Bezügen zu stehen, Dienste höherer Art zu leisten, die auf Grund besonderen Vertrauens übertragen zu werden pflegen, so ist die Kündigung auch ohne die im § 626 bezeichnete Voraussetzung zulässig.

Der Verpflichtete darf nur in der Art kündigen, daß sich der Dienstberechtigte die Dienste anderweitig verschaffen kann, es sei denn, daß ein wichtiger Grund für die unzeitige Kündigung vorliegt. Kündigt er ohne solchen Grund zur Unzeit, so hat er dem Dienstberechtigten den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.

ebenda § 276, Abs. 1. Der Schuldner hat, sofern nicht ein anderes bestimmt ist, Vorsatz und Fahrlässigkeit zu vertreten. Fahrlässig handelt, wer die im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht läßt.

ebenda § 677. Wer ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst dazu berechtigt zu sein, hat das Geschäft so zu führen, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert.

ebenda § 678. Steht die Übernahme der Geschäftsführung mit dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn in Widerspruch und mußte der Geschäftsführer dies erkennen, so ist er dem Geschäftsherrn zum Ersatze des aus der Geschäftsführung entstehenden Schadens auch dann verpflichtet, wenn ihm ein sonstiges Verschulden nicht zur Last fällt.

ebenda § 680. Bezweckt die Geschäftsführung die Abwendung einer dem Geschäftsherrn drohenden dringenden Gefahr, so hat der Geschäftsführer nur Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit zu vertreten.

ebenda § 681, Satz 1. Der Geschäftsführer hat die Übernahme der Geschäftsführung, sobald es tunlich ist, dem Geschäftsherrn anzuzeigen und, wenn nicht mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist, dessen Entschließung abzuwarten.

ebenda § 679. Ein der Geschäftsführung entgegenstehender Wille des Geschäftsherrn kommt nicht in Betracht, wenn ohne die Geschäftsführung eine Pflicht des Geschäftsherrn, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt, oder eine gesetzliche Unterhaltungspflicht des Geschäftsherrn nicht rechtzeitig erfüllt werden würde.

ebenda § 683. Entspricht die Übernahme der Geschäftsführung nicht dem Interesse und dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn, so kann der Geschäftsführer wie ein Beauftragter Ersatz seiner Aufwendungen verlangen. In den Fällen des § 679 steht dieser Anspruch dem Geschäftsführer zu, auch wenn die Übernahme der Geschäftsführung mit dem Willen des Geschäftsherrn in Widerspruch steht.

Wer vorsätzlich oder fahrlässig das Leben, den Körper, die Gesundheit, die Freiheit, das Eigentum oder ein sonstiges Recht eines andern widerrechtlich verletzt, ist dem andern zum Ersatze des daraus entstehenden Schadens verpflichtet. ebenda § 823, Abs. 1.

Wird infolge einer Verletzung des Körpers oder der Gesundheit die Erwerbsfähigkeit des Verletzten aufgehoben oder gemindert, oder tritt eine Vermehrung seiner Bedürfnisse ein, so ist dem Verletzten durch Entrichtung einer Geldrente Schadensersatz zu leisten. § 843.

Die §§ 844 und 845 behandeln den Schadensersatz an dritte, welchen gegenüber der Getötete oder Verletzte unterhaltungspflichtig war.

Im Falle der Verletzung des Körpers oder der Gesundheit, sowie im Falle der Freiheitsentziehung kann der Verletzte auch wegen des Schadens, der nicht Vermögensschaden ist, eine billige Entschädigung in Geld verlangen. ebenda § 847, Abs. 1 Satz 1.

Nach § 811, Abs. 1, Nr. 7 u. 8 sind bei Ärzten, die zur Verwaltung des Dienstes oder Ausübung des Berufes erforderlichen Gegenstände, sowie anständige Kleidung der Pfändung nicht unterworfen, ebenso nicht bei Militärärzten und Ärzten an öffentlichen Anstalten ein Geldbetrag, welcher dem der Pfändung nicht unterworfenen Teile des Diensteinkommens oder der Pension für die Zeit von der Pfändung bis zum nächsten Termine der Gehalts- oder Pensionszahlung gleichkommt. (Ärzte z. B., die an berufsgenossenschaftlichen Heilanstalten Diensteinkommen beziehen, ohne Beamte zu sein.) Zivilprozeßordnung § 811 Nr. 7 und 8.

Es sind ferner der Pfändung nicht unterworfen das Diensteinkommen der Militärärzte, sowie der Ärzte an öffentlichen Anstalten, die Pension dieser Personen nach deren Versetzung in einstweiligen oder dauernden Ruhestand, sowie der nach ihrem Tode den Hinterbliebenen zu gewährende Sterbe- oder Gnadengehalt. ebenda § 950, Abs. 1 Nr. 8.

Übersteigen das Diensteinkommen, die Pension oder die sonstigen Bezüge die Summe von 1500 Mark für das Jahr, so ist der dritte Teil des Mehrbetrages der Pfändung unterworfen. ebenda § 850, Abs. 2.

Die Einkünfte, welche zur Bestreitung des Dienstaufwandes bestimmt sind, und der Servis der Militärärzte sind weder der Pfändung unterworfen, noch bei der Ermittlung, ob und zu welchem Betrage ein Diensteinkommen der Pfändung unterliege, zu berechnen.

Nach § 61, Nr. 4 gehören die Forderungen der Ärzte, Wundärzte wegen Kur- und Pflegekosten aus dem letzten Jahre vor der Eröffnung des Verfahrens, insoweit der Betrag der Forderung den Betrag der taxmäßigen Gebühren nicht übersteigt, zu den bevorrechtigten Forderungen. Konkursordnung vom 20. Mai 1898.

Außer den Impfärzten sind ausschließlich Ärzte befugt, Impfungen vorzunehmen. Sie haben über die Impfungen Listen zu führen und dieselben am Jahresschlusse der zuständigen Behörde vorzulegen. Impfgesetz vom 8. April 1874. § 8.

Die öffentlichen Impfärzte sind verpflichtet, auf Verlangen Schutzpockenlymphe, soweit ihr entbehrlicher Vorrat reicht, an andere Ärzte unentgeltlich abzugeben. ebenda § 9 Abs. 3.

Über jede Impfung wird vom Arzte ein Impfschein ausgestellt. In dem Impfscheine wird unter Angabe des Vor- und Zunamens des Impflings, sowie des Jahres und Tages seiner Geburt bescheinigt, entweder, daß durch die Impfung der gesetzlichen Pflicht genügt ist, oder, daß die Impfung im nächsten Jahre wiederholt werden muß. ebenda § 10.

Wer unbefugterweise Impfungen vornimmt, wird mit Geldstrafe bis zu 150 Mark oder mit Haft bis zu 14 Tagen bestraft. ebenda § 16.

Wer bei der Ausführung einer Impfung fahrlässig handelt, wird mit Geldstrafe bis 500 Mark oder mit Gefängnisstrafe bis zu drei Monaten bestraft, sofern nicht nach dem Strafgesetzbuch eine härtere Strafe eintritt. ebenda § 17.

Ministerialerlaß vom 30. Januar 1906.

Die gemäß § 63 der Prüfungsordnung vorgeschriebene Beteiligung an mindestens zwei öffentlichen Impfungsterminen hat nach vollständig bestandener ärztlicher Prüfung zu erfolgen und ist auch dann nachzuweisen, wenn dem Kandidat ein Teil des praktischen Jahres erlassen wird.

ebenda § 196, Nr. 14.

Die Ansprüche der Ärzte, insbesondere der Wundärzte, Zahnärzte und Tierärzte, sowie der Hebammen für ihre Dienstleistungen verjähren in zwei Jahren.

Gesetz über die Beurkundung des Personenstandes und die Eheschließung vom 6. Febr. 1875.

Zur Anzeige der Geburt eines Kindes (innerhalb einer Woche dem Standesbeamten des Bezirks, in welchem die Niederkunft stattgefunden hat) sind verpflichtet:

1. der eheliche Vater,
2. die bei der Niederkunft zugegen gewesene Hebamme,
3. der dabei zugegen gewesene Arzt,
4. jede andere dabei zugegen gewesene Person,
5. die Mutter, sobald sie dazu imstande ist.

Jedoch tritt die Verpflichtung der in der vorstehenden Reihenfolge später genannten Personen nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden oder derselbe an der Erstattung der Anzeige verhindert ist.

Genfer Konvention von 1864.

Ärzte, sowie das gesamte Pflegepersonal sind unverletzlich und unterliegen der Gefangennahme nicht, solange sie ihren Verpflichtungen nachkommen und solange Verwundete aufzuheben und zu verpflegen sind.

Staatsverträge des deutschen Reiches mit anderen Staaten.

Staatsverträge über gegenseitige Zulassung von Ärzten, Wundärzten, Hebammen usw. in Grenzgemeinden. (Mit Belgien am 7. Februar 1873, den Niederlanden am 11. September 1873, Österreich-Ungarn am 30. September 1882, Luxemburg am 4. Juni 1883, Schweiz am 29. Februar 1884.)

Preußische Gebührenordnung für appr. Ärzte und Zahnärzte v. 15. Mai 1896.

Den approbierten Ärzten und Zahnärzten stehen für ihre berufsmäßigen Leistungen in streitigen Fällen mangels einer Vereinbarung Gebühren nach Maßgabe des Gesetzes vom 15. Mai 1896 zu.

Auszug

aus dem Krankenversicherungsgesetz vom 15. Juli 1883, ergänzt durch Novellen vom 28. Mai 1885, 5. Mai 1886, 30. Juni 1900 und Gesetz vom 25. Mai 1903.

Versicherungszwang.

§ 1. Personen, welche gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind:

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Brüchen und Gruben, in Fabriken und Hüttenwerken, beim Eisenbahn-, Binnenschiffahrts- und Baggereibetriebe, auf Werften und bei Bauten;
2. im Handelsgewerbe, im Handwerk und in sonstigen stehenden Gewerbebetrieben;

2a. in dem Geschäftsbetriebe der Anwälte, Notare und Gerichtsvollzieher, der Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Versicherungsanstalten;

3. in Betrieben, in denen Dampfkessel oder durch elementare Kraft (Wind, Wasser, Dampf, Gas, heiße Luft usw.) bewegte Triebwerke zur Verwendung kommen, sofern diese Verwendung nicht ausschließlich in vorübergehender Benutzung einer nicht zur Betriebsanlage gehörenden Kraftmaschine besteht,

sind mit Ausnahme der Gehilfen und Lehrlinge in Apotheken sowie der im § 2 unter Ziffer 2 bis 6 aufgeführten Personen, sofern nicht die Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist, nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes gegen Krankheit zu versichern.

Dasselbe gilt von Personen, welche in dem gesamten Betriebe der Post- und Telegraphenverwaltungen sowie in den Betrieben der Marine- und Heeresverwaltungen

gegen Gehalt oder Lohn beschäftigt sind und nicht bereits auf Grund der vorstehenden Bestimmungen der Krankenversicherungspflicht unterliegen.

Die Besatzung von Seeschiffen, auf welche die Vorschriften der §§ 48 und 49 der Seemannsordnung vom 27. Dezember 1872 (Reichs-Gesetzblatt S. 409) Anwendung finden, unterliegt der Versicherungspflicht nicht.

Als Gehalt oder Lohn im Sinne dieses Gesetzes gelten auch Tantiemen und Naturalbezüge. Für die letzteren wird der Durchschnittswert in Ansatz gebracht; dieser Wert wird von der unteren Verwaltungsbehörde festgesetzt.

§ 2. Durch statutarische Bestimmung einer Gemeinde für ihren Bezirk, oder eines weiteren Kommunalverbandes für seinen Bezirk oder Teile desselben, kann die Anwendung der Vorschriften des § 1 erstreckt werden:

1. auf diejenigen im § 1 bezeichneten Personen, deren Beschäftigung durch die Natur ihres Gegenstandes oder im voraus durch den Arbeitsvertrag auf einen Zeitraum von weniger als einer Woche beschränkt ist;
2. auf die in Kommunalbetrieben und im Kommunaldienste beschäftigten Personen, auf welche die Anwendung des § 1 nicht durch anderweite reichsgesetzliche Vorschriften erstreckt ist;
3. auf diejenigen Familienangehörigen eines Betriebsunternehmers, deren Beschäftigung in dem Betriebe nicht auf Grund eines Arbeitsvertrages stattfindet;
4. auf selbständige Gewerbetreibende, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrage und für Rechnung anderer Grwerbetreibender mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausindustrie), und zwar auch für den Fall, daß sie die Roh- und Hilfsstoffe selbst beschaffen, und auch für die Zeit, während welcher sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten;
5. (Ziffer 5 gestrichen durch Novelle vom 25. Mai 1903. Art. 1, Ziff. II.)
6. auf die in der Land- und Forstwirtschaft beschäftigten Arbeiter und Betriebsbeamten.

§ 2b. Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehilfen und -lehrlinge, sowie die unter § 1 Absatz 1 Ziffer 2a fallenden Personen unterliegen der Versicherungspflicht nur, wenn ihr Arbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt sechszweidrittel Mark für den Arbeitstag oder, sofern Lohn oder Gehalt nach größeren Zeitabschnitten bemessen ist, 2000 Mark für das Jahr gerechnet, nicht übersteigt.

§ 3. Personen des Soldatenstandes, sowie solche in Betrieben oder im Dienste des Reichs, eines Staates oder Kommunalverbandes beschäftigte Personen, welche dem Reich, Staat oder Kommunalverbande gegenüber in Krankheitsfällen Anspruch auf Fortzahlung des Gehalts oder des Lohnes oder auf eine den Bestimmungen des § 6 entsprechende Unterstützung mindestens für 13 Wochen nach der Erkrankung und bei Fortdauer der Erkrankung für weitere 13 Wochen Anspruch auf diese Unterstützung oder auf Gehalt, Pension, Wartegeld oder ähnliche Bezüge mindestens im anderthalbfachen Betrage des Krankengelds haben, sind von der Versicherungspflicht ausgenommen.

§ 3a. Auf ihren Antrag sind von der Versicherungspflicht zu befreien:

1. Personen, welche infolge von Verletzungen, Gebrechen, chronischen Krankheiten oder Alter nur teilweise oder nur zeitweise erwerbsfähig sind, wenn der unterstützungspflichtige Armenverband der Befreiung zustimmt;
2. Personen, welchen gegen ihren Arbeitgeber für den Fall der Erkrankung ein Rechtsanspruch auf eine den Bestimmungen des § 6 entsprechende oder gleichwertige Unterstützung zusteht, sofern die Leistungsfähigkeit des Arbeitgebers zur Erfüllung des Anspruchs gesichert ist.

Gemeindekrankenversicherung.

§ 4. Für alle versicherungspflichtigen Personen, welche nicht
einer Ortskrankenkasse (§ 16),
einer Betriebs- (Fabrik-) Krankenkasse (§ 59),
einer Baukrankenkasse (§ 69),
einer Innungskrankenkasse (§ 73),
einer Knappschaftskasse (§ 74)
angehören, tritt, vorbehaltlich der Bestimmung des § 75, die Gemeindekrankenversicherung ein.

Personen der in §§ 1 bis 3 bezeichneten Art, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen, und deren jährliches Gesamteinkommen 2000 Mark nicht übersteigt, sowie Dienstboten sind berechtigt, der Gemeindekrankenversicherung der Gemeinde, in deren Bezirk sie beschäftigt sind, beizutreten. Durch statutarische Bestimmung (§ 2) kann auch anderen nichtversicherungspflichtigen Personen die Aufnahme in die Gemeindekrankenversicherung gestattet oder das Recht des Beitritts eingeräumt werden, sofern ihr jährliches Gesamteinkommen 2000 Mark nicht übersteigt.

§ 6. Als Krankenunterstützung ist zu gewähren:

1. vom Beginn der Krankheit ab freie ärztliche Behandlung, Arznei, sowie Brillen, Bruchbänder und ähnliche Heilmittel;
2. im Falle der Erwerbsunfähigkeit vom dritten Tage nach dem Tage der Erkrankung ab für jeden Arbeitstag ein Krankengeld in Höhe der Hälfte des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter.

Die Krankenunterstützung endet spätestens mit dem Ablauf der sechsundzwanzigsten Woche nach Beginn der Krankheit, im Falle der Erwerbsunfähigkeit spätestens mit dem Ablauf der sechsundzwanzigsten Woche nach Beginn des Krankengeldbezugs. Endet der Bezug des Krankengeldes erst nach Ablauf der sechsundzwanzigsten Woche nach dem Beginne der Krankheit, so endet mit dem Bezuge des Krankengeldes zugleich auch der Anspruch auf die im Absatz 1 unter Ziffer 1 bezeichneten Leistungen.

Das Krankengeld ist nach Ablauf jeder Woche zu zahlen.

§ 6a. Die Gemeinden sind ermächtigt, zu beschließen:

1. daß Personen, welche der Versicherungspflicht nicht unterliegen und freiwillig der Gemeindekrankenversicherung beitreten, erst nach Ablauf einer auf höchstens sechs Wochen vom Beitritt ab zu bemessenden Frist Krankenunterstützung erhalten;
4. daß das Krankengeld allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen schon vom Tage des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ab sowie für Sonn- und Festtage zu zahlen ist;
5. daß Versicherten auf ihren Antrag die im § 6 Absatz 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen auch für ihre dem Krankenversicherungszwange nicht unterliegenden Familienangehörigen zu gewähren sind;
6. daß die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Verpflegung nur durch bestimmte Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser zu gewähren sind und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann.

Die auf Grund dieser Bestimmung abgeschlossenen Verträge sind der Aufsichtsbehörde mitzuteilen.

§ 7. An Stelle der im § 6 vorgeschriebenen Leistungen kann freie Kur und Verpflegung in einem Krankenhause gewährt werden, und zwar:

1. für diejenigen, welche verheiratet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung, oder unabhängig von derselben, wenn die Art der Krankheit Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, welchen in der Familie des Erkrankten nicht genügt werden kann, oder wenn die Krankheit eine ansteckende ist, oder wenn der Erkrankte wiederholt den auf Grund des § 6a Absatz 2 erlassenen Vorschriften zuwider gehandelt hat, oder wenn dessen Zustand oder Verhalten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;
2. für sontige Erkrankte unbedingt.

Hat der in einem Krankenhause Untergebrachte Angehörige, deren Unterhalt er bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten hat, so ist neben der freien Kur und Verpflegung die Hälfte des im § 6 als Krankengeld festgesetzten Betrages für diese Angehörigen zu zahlen. Die Zahlung kann unmittelbar an die Angehörigen erfolgen.

§ 8. Der Betrag des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter wird nach Anhörung der Gemeindebehörde und nachdem Vertretern der beteiligten Arbeitgeber und der beteiligten Versicherungspflichtigen Gelegenheit zu einer Äußerung gegeben ist, von der höheren Verwaltungsbehörde festgesetzt und durch das für ihre amtlichen Bekanntmachungen bestimmte Blatt veröffentlicht. Änderungen der Festsetzungen treten erst sechs Monate nach der Veröffentlichung in Kraft.

Die Festsetzung findet für männliche und weibliche, für Personen über und unter 16 Jahren besonders statt.

§ 10. Ergibt sich aus den Jahresabschlüssen, daß die gesetzlichen Krankenversicherungsbeiträge (bei der Gemeindeversicherung eineinhalb Prozent des ortsüblichen Tagelohns) zur Deckung der gesetzlichen Krankenunterstützungen nicht ausreichen, so können mit Genehmigung der höheren Verwaltungsbehörde die Beiträge bis zu drei Prozent des ortsüblichen Tagelohnes (§ 8) erhöht werden.

Ortskrankenkassen.

§ 16. Die Gemeinden sind berechtigt, für die in ihrem Bezirk beschäftigten versicherungspflichtigen Personen Ortskrankenkassen zu errichten, sofern die Zahl der in der Kasse zu versichernden Personen mindestens einhundert beträgt.

Die Errichtung gemeinsamer Ortskrankenkassen für mehrere Gewerbszweige oder Betriebsarten ist zulässig, wenn die Zahl der in den einzelnen Gewerbszweigen und Betriebsarten beschäftigten Personen weniger als einhundert beträgt.

Gewerbszweige oder Betriebsarten, in welchen einhundert Personen oder mehr beschäftigt werden, können mit anderen Gewerbszweigen oder Betriebsarten zu einer gemeinsamen Ortskrankenkasse nur vereinigt werden, nachdem den in ihnen beschäftigten Personen Gelegenheit zu einer Äußerung über die Errichtung der gemeinsamen Kasse gegeben worden ist. Wird in diesem Falle Widerspruch erhoben, so entscheidet über die Zulässigkeit der Errichtung die höhere Verwaltungsbehörde.

§ 20. Die Ortskrankenkassen sollen mindestens gewähren:

1. im Falle einer Krankheit oder durch Krankheit herbeigeführten Erwerbsunfähigkeit eine Krankenunterstützung, welche nach §§ 6, 7, 8 mit der Maßgabe zu bemessen ist, daß der durchschnittliche Tagelohn derjenigen Klassen der Versicherten, für welche die Kasse errichtet wird, soweit er vier Mark für den Arbeitstag nicht überschreitet, an die Stelle des ortsüblichen Tagelohnes gewöhnlicher Tagearbeiter tritt;

2. eine Unterstützung in Höhe des Krankengeldes an Wöchnerinnen, welche innerhalb des letzten Jahres, vom Tage der Entbindung ab gerechnet, mindestens sechs Monate hindurch einer auf Grund dieses Gesetzes errichteten Kasse oder einer Gemeindekrankenversicherung angehört haben, auf die Dauer von mindestens sechs Wochen nach ihrer Niederkunft.
3. für den Todesfall eines Mitgliedes ein Sterbegeld im zwanzigfachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes (Ziffer 1).

§ 21. Eine Erhöhung und Erweiterung der Leistungen der Ortskrankenkassen ist in folgendem Umfange zulässig:

1. Die Dauer der Krankenunterstützung kann auf einen längeren Zeitraum als 26 Wochen bis zu einem Jahre festgesetzt werden.

1a. Das Krankengeld kann allgemein oder unter bestimmten Voraussetzungen schon vom Tage des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ab sowie für Sonn- und Festtage gewährt werden, sofern dieses sowohl von der Vertretung der zu Beiträgen verpflichteten Arbeitgeber (§ 38) als auch von derjenigen der Versicherten beschlossen wird, oder sofern der Betrag des gesetzlich vorgeschriebenen Reservefonds erreicht ist;

2. das Krankengeld kann auf einen höheren Betrag, und zwar bis zu drei Viertel des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) festgesetzt werden; neben freier ärztlicher Behandlung und Arznei können auch andere als die im § 6 bezeichneten Heilmittel gewährt werden;

2a. neben freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause kann, falls der Untergebrachte Angehörige hat, deren Unterhalt bisher aus seinem Arbeitsverdienst bestritten wurde, ein Krankengeld bis zur Hälfte des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) bewilligt werden;

3. neben freier Kur und Verpflegung in einem Krankenhause kann Krankengeld bis zu einem Viertel des durchschnittlichen Tagelohns (§ 20) auch solchen bewilligt werden, welche nicht den Unterhalt von Angehörigen aus ihrem Lohn bestritten haben;

3a. für die Dauer eines Jahres von Beendigung der Krankenunterstützung ab kann Fürsorge für Rekonvaleszenten, namentlich auch Unterbringung in einer Rekonvaleszentenanstalt gewährt werden;

4. Schwangeren, welche mindestens sechs Monate der Kasse angehören, kann eine der Wöchnerinnen Unterstützung gleiche Unterstützung wegen der durch die Schwangerschaft verursachten Erwerbsunfähigkeit bis zur Gesamtdauer von sechs Wochen gewährt werden. Auch kann freie Gewährung der erforderlichen Hebammendienste und freie ärztliche Behandlung der Schwangerschaftsbeschwerden beschlossen werden;

5. freie ärztliche Behandlung, freie Arznei und sonstige Heilmittel können für erkrankte Familienangehörige der Kassenmitglieder, sofern sie nicht selbst dem Krankenversicherungszwange unterliegen, auf besonderen Antrag oder allgemein gewährt werden. Unter derselben Voraussetzung kann für Ehefrauen der Kassenmitglieder im Falle der Entbindung die nach Ziffer 4 zulässige Unterstützung gewährt werden;

6. das Sterbegeld kann auf einen höheren als den zwanzigfachen Betrag, und zwar bis zum vierzigfachen Betrage des durchschnittlichen Tagelohnes (§ 20) erhöht, auch kann ein Mindestbetrag von fünfzig Mark festgesetzt werden.

§ 26a. Kassenmitgliedern, welche gleichzeitig anderweitig gegen Krankheit versichert sind, ist das Krankengeld so weit zu kürzen, als dasselbe zusammen mit dem aus anderweiter Versicherung bezogenen Krankengelde den vollen Betrag ihres

durchschnittlichen Tagelohnes übersteigen würde. Durch das Kassenstatut kann diese Kürzung ganz oder teilweise ausgeschlossen werden.

Durch das Kassenstatut kann ferner bestimmt werden:

2a. Ordnungsstrafen bei Zuwiderhandelnden;

2b. daß die ärztliche Behandlung, die Lieferung der Arznei und die Kur und Verpflegung nur durch bestimmte Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser zu gewähren sind und die Bezahlung der durch Inanspruchnahme anderer Ärzte, Apotheken und Krankenhäuser entstandenen Kosten, von dringenden Fällen abgesehen, abgelehnt werden kann; die auf Grund dieser Bestimmung abgeschlossenen Verträge sind der Aufsichtsbehörde (§ 44: Gemeindebehörde, Kommunalaufsichtsbehörde) mitzuteilen.

§ 38. Arbeitgeber, welche für die von ihnen beschäftigten Mitglieder einer Ortskrankenkasse an diese Beiträge aus eignen Mitteln zu zahlen verpflichtet sind (§ 51), haben Anspruch auf Vertretung im Vorstande und der Generalversammlung der Kasse.

Die Vertretung ist nach dem Verhältnis der von den Arbeitgebern aus eigenen Mitteln zu zahlenden Beiträge zu dem Gesamtbetrage der Beiträge zu bemessen. Mehr als ein Drittel der Stimmen darf den Arbeitgebern weder in der Generalversammlung noch im Vorstande eingeräumt werden.

Betriebs-(Fabrik-)Krankenkassen.

§ 60. Ein Unternehmer, welcher in einem Betriebe oder in mehreren Betrieben fünfzig oder mehr dem Krankenversicherungszwange unterliegende Personen beschäftigt, ist berechtigt, eine Betriebs-(Fabrik-)Krankenkasse zu errichten.

§ 64. Die für die Ortskrankenkassen geltenden Bestimmungen des §§ 20 bis 42, 46 bis 46b, 48a und 49a Absatz gelten auch für die Betriebskrankenkassen mit folgenden Abänderungen:

2. durch das Kassenstatut kann dem Betriebsunternehmer oder einem Vertreter desselben der Vorsitz im Vorstande und in der Generalversammlung übertragen werden;

3. die Rechnungs- und Kassenführung ist unter Verantwortlichkeit und auf Kosten des Betriebsunternehmers durch einen von demselben zu bestellenden Rechnungs- und Kassenführer wahrzunehmen. Verwendungen von Kassengeldern in den Nutzen der Betriebsunternehmer fallen unter die Vorschrift des § 42 Absatz 2.

§ 69. Für die bei Eisenbahn-, Kanal-, Wege-, Strom-, Deich- und Festungsbauten sowie in andern vorübergehenden Baubetrieben beschäftigten Personen haben die Bauherren auf Anordnung der höheren Verwaltungsbehörde Baukrankenkassen zu errichten, wenn sie zeitweilig eine größere Zahl von Arbeitern beschäftigen.

§ 73. Innungen können für Gesellen und Lehrlinge Krankenkassen errichten.

§ 74. Für die Mitglieder der auf Grund berggesetzlicher Vorschriften errichteten Krankenkassen (Knappschaftskassen) tritt weder die Gemeindekrankenversicherung noch die Verpflichtung, einer nach Maßgabe der Vorschriften dieses Gesetzes errichteten Krankenkassen anzugehören, ein.

Die statutenmäßigen Leistungen dieser Kassen in Krankheitsfällen müssen die für die Betriebs-(Fabrik-)Krankenkassen vorgeschriebenen Mindestleistungen erreichen.

§ 75. Mitglieder der auf Grund des Gesetzes über die eingeschriebenen Hilfskassen vom $\frac{\text{7. April 1876 (Reichsgesetzblatt S. 125)}}{\text{1. Juni 1884 (Reichsgesetzblatt S. 54)}}$ errichteten Kassen sind von der Verpflichtung, der Gemeindekrankenversicherung oder einer nach Maßgabe dieses Gesetzes errichteten Krankenkasse anzugehören, befreit, wenn die Hilfskasse, welcher

sie angehören, allen ihren versicherungspflichtigen Mitgliedern oder doch derjenigen Mitgliederklasse, zu welcher der Versicherungspflichtige gehört, im Krankheitsfalle mindestens diejenigen Leistungen gewährt, welche nach Maßgabe der §§ 6 und 7 von der Gemeinde, in deren Bezirk der Versicherungspflichtige beschäftigt ist, zu gewähren sind. Die durch Kassenstatut begründeten Beschränkungen der Unterstützungsansprüche schließen die Befreiung nicht aus, wenn sie sich innerhalb der Grenzen der den Gemeinden nach § 6a gestatteten Beschränkungen halten.

Freie Hilfskassen

sind entweder solche mit den Rechten einer eingeschriebenen Hilfskasse oder auf Grund landesgesetzlicher Vorschriften errichtete Kassen, welche die gegenseitige Unterstützung ihrer Mitglieder für den Fall der Krankheit bezwecken und auf freier Übereinkunft beruhen; sie erhalten nur dann das Privileg der Befreiung von der Zwangskasse, wenn sie mindestens das leisten, was die Gemeindekrankenversicherung nach diesem Gesetz zu leisten hat.

Die freie Hilfskasse ist kostenersatzpflichtig für die ärztlichen Gebühren, nicht aber dem Arzt gegenüber direkt haftpflichtig (Urteil des Landgerichts Schwerin, Berl. Ärztekorrespondenz 1905, Nr. 20, S. 82).

Auszug

aus dem

Gewerbeunfallversicherungsgesetz

in der Fassung

der Bekanntmachung vom 5. Juli 1900 (Reichsgesetzblatt S. 585).

§ 1. Alle Arbeiter und Betriebsbeamte, letztere sofern ihr Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt 3000 Mark nicht übersteigt, werden nach Maßgabe dieses Gesetzes gegen die Folgen der bei dem Betriebe sich ereignenden Unfälle versichert, wenn sie beschäftigt sind:

1. in Bergwerken, Salinen, Aufbereitungsanstalten, Steinbrüchen, Gräbereien (Gruben), auf Werften und Bauhöfen sowie in Fabriken, gewerblichen Brauereien und Hüttenwerken;
2. in Gewerbebetrieben, welche sich auf die Ausführung von Maurer-, Zimmer-, Dachdecker- oder sonstigen durch Beschluß des Bundesrats für versicherungspflichtig erklärten Bauarbeiten oder von Steinhauer-, Schlosser-, Schmiede- oder Brunnenarbeiten erstrecken, sowie im Schornsteinfeger-, Fensterputzer- und Fleischergewerbe;
3. im gesamten Betriebe der Post-, Telegraphen- und Eisenbahnverwaltungen sowie in Betrieben der Marine- und Heeresverwaltungen, und zwar einschließlich der Bauten, welche von diesen Verwaltungen für eigene Rechnung ausgeführt werden;
4. im gewerbsmäßigen Fuhrwerks-, Binnenschiffahrts-, Flößerei-, Prahm- und Fährbetriebe, im Gewerbebetriebe des Schiffsziehens (Treidelei), sowie im Baggereibetriebe;
5. im gewerbsmäßigen Speditions-, Speicher-, Lagerei- und Kellereibetriebe;
6. im Gewerbebetriebe der Güterpacker, Güterlader, Schaffer, Bracker, Wäger, Messer, Schauer und Stauer;
7. in Lagerungs-, Holzfällungs- oder der Beförderung von Personen oder Gütern dienenden Betrieben, wenn sie mit einem Handelsgewerbe, dessen Inhaber im Handelsregister eingetragen steht, verbunden sind.

Auf Personen in land- und forstwirtschaftlichen Nebenbetrieben (§ 1 Abs. 2, 3 des Unfallversicherungsgesetzes für Land- und Forstwirtschaft) findet dieses Gesetz keine Anwendung.

§ 8. Die Versicherung erstreckt sich auf häusliche und andere Dienste, zu denen versicherte Personen neben der Beschäftigung im Betriebe von ihren Arbeitgebern oder von deren Beauftragten herangezogen werden.

Betriebsunternehmer, deren Jahresarbeitsverdienst 3000 Mark nicht übersteigt, oder welche nicht regelmäßig mehr als zwei Lohnarbeiter beschäftigen, sind berechtigt, gegen die Folgen von Betriebsunfällen sich selbst zu versichern. Durch Statut kann diese Berechtigung auf Unternehmer mit einem höheren Jahresarbeitsverdienst erstreckt werden.

§ 9. Im Falle der Verletzung werden als Schadenersatz vom Beginne der vierzehnten Woche nach Eintritt des Unfalls ab gewährt:

1. freie ärztliche Behandlung, Arznei und sonstige Heilmittel, sowie die zur Sicherung des Erfolges des Heilverfahrens und zur Erleichterung der Folgen der Verletzung erforderlichen Hilfsmittel (Krücken, Stützapparate und dergleichen);
2. eine Rente für die Dauer der Erwerbsunfähigkeit.

Die Rente beträgt:

a) im Falle völliger Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben sechsundsechzigzweidrittel Prozent des Jahresarbeitsverdienstes (Vollrente);

b) im Falle teilweiser Erwerbsunfähigkeit für die Dauer derselben denjenigen Teil der Vollrente, welcher dem Maße der durch den Unfall herbeigeführten Einbuße an Erwerbsfähigkeit entspricht (Teilrente).

Ist der Verletzte infolge des Unfalls nicht nur völlig erwerbsunfähig, sondern auch derart hilflos geworden, daß er ohne fremde Wartung und Pflege nicht bestehen kann, so ist für die Dauer dieser Hilflosigkeit die Rente bis zu hundert Prozent des Jahresarbeitsverdienstes zu erhöhen.

Solange der Verletzte aus Anlaß des Unfalls tatsächlich und unverschuldet arbeitslos ist, kann der Genossenschaftsvorstand die Teilrente bis zum Betrage der Vollrente vorübergehend erhöhen.

§ 10. Die Rente ist nach Maßgabe desjenigen Jahresarbeitsverdienstes zu berechnen, den der Verletzte während des letzten Jahres seiner Beschäftigung in dem Betrieb an Gehalt oder Lohn (§ 6) bezogen hat, wobei der 1500 Mark übersteigende Betrag nur mit einem Drittel zur Anrechnung kommt.

Als Jahresarbeitsverdienst gilt, soweit sich derselbe nicht aus mindestens wochenweise fixierten Beträgen zusammensetzt, das Dreihundertfache des durchschnittlichen täglichen Arbeitsverdienstes. Für versicherte Personen in Betrieben, in welchen die übliche Betriebsweise eine höhere oder niedrigere Zahl von Arbeitstagen ergibt, wird diese Zahl statt der Zahl dreihundert der Berechnung des Jahresarbeitsverdienstes zugrunde gelegt.

§ 11. Die Berufsgenossenschaft ist befugt, der Krankenkasse, welcher der Verletzte angehört oder zuletzt angehört hat, gegen Ersatz der ihr dadurch erwachsenden Kosten die Fürsorge für den Verletzten über den Beginn der vierzehnten Woche hinaus bis zur Beendigung des Heilverfahrens in demjenigen Umfange zu übertragen, welchen die Berufsgenossenschaft für geboten erachtet.

§ 15. Im Falle der Tötung ist als Schadenersatz außerdem zu leisten:

1. als Sterbegeld der fünfzehnte Teil des nach § 10 Abs. 1 bis 4 zugrunde zu legenden Jahresarbeitsverdienstes, jedoch mindestens ein Betrag von fünfzig Mark;

2. eine den Hinterbliebenen vom Todestage des Verstorbenen zu gewährende Rente. Dieselbe besteht nach näherer Bestimmung der §§ 16 bis 20 in einem Bruchteile seines nach § 10 Abs. 1 bis 4 ermittelten Jahresverdienstes.

§ 17. War die Verstorbene beim Eintritte des Unfalls verheiratet, aber der Lebensunterhalt ihrer Familie wegen Erwerbsunfähigkeit des Ehemanns ganz oder überwiegend durch sie bestritten worden, so erhalten bis zum Wegfalle der Bedürftigkeit an Rente

a) der Witwer zwanzig Prozent;

b) jedes hinterbliebene Kind bis zu dessen zurückgelegtem fünfzehnten Lebensjahre zwanzig Prozent des Arbeitsverdienstes.

§ 20. Die Renten der Hinterbliebenen dürfen insgesamt sechzig Prozent des Jahresarbeitsverdienstes nicht übersteigen.

§ 22. An Stelle der in den §§ 9 und 12 vorgeschriebenen Leistungen kann von der Berufsgenossenschaft freie Kur und Verpflegung in einer Heilanstalt gewährt werden, und zwar:

1. für Verletzte, welche verheiratet sind oder eine eigene Haushaltung haben oder Mitglieder der Haushaltung ihrer Familie sind, mit ihrer Zustimmung. Der Zustimmung bedarf es nicht, wenn die Art der Verletzung Anforderungen an die Behandlung oder Verpflegung stellt, denen in der Familie nicht genügt werden kann, oder wenn der für den Aufenthaltsort des Verletzten amtlich bestellte Arzt bezeugt, daß Zustand oder Verhalten des Verletzten eine fortgesetzte Beobachtung erfordert;
2. für sonstige Verletzte in allen Fällen.

§ 23. Ist begründete Annahme vorhanden, daß der Empfänger einer Unfallrente bei Durchführung eines Heilverfahrens eine Erhöhung seiner Erwerbsfähigkeit erlangen werde, so kann die Berufsgenossenschaft zu diesem Zwecke jederzeit ein neues Heilverfahren eintreten lassen.

§ 28. Die Versicherung erfolgt auf Gegenseitigkeit durch die Unternehmer der unter §§ 1, 2 fallenden Betriebe, welche zu diesem Zwecke in Berufsgenossenschaften vereinigt werden. Die Berufsgenossenschaften sind für bestimmte Bezirke zu bilden und umfassen innerhalb derselben alle Betriebe derjenigen Gewerbszweige, für welche sie errichtet sind.

Als Unternehmer gilt derjenige, für dessen Rechnung der Betrieb erfolgt.

§ 36. Die Berufsgenossenschaften regeln ihre innere Verwaltung sowie ihre Geschäftsordnung durch ein von der Genossenschaftsversammlung zu beschließendes Statut.

§ 39. Das Genossenschaftsstatut bedarf zu seiner Gültigkeit der Genehmigung des Reichsversicherungsamts. Das gleiche gilt von Abänderungen des Status. Gegen die Versagung der Genehmigung findet innerhalb eines Monats nach der Zustellung die Beschwerde an den Bundesrat statt.

§ 63. Von jedem in einem versicherten Betriebe vorkommenden Unfalle, durch welchen eine in demselben beschäftigte Person getötet wird oder eine Körperverletzung erleidet, welche eine völlige oder teilweise Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder den Tod zur Folge hat, ist von dem Betriebsunternehmer bei der Ortspolizeibehörde und dem durch Statut zu bestimmenden Genossenschaftsorgane schriftlich Anzeige zu erstatten.

Dieselbe muß binnen drei Tagen nach dem Tage erfolgen, an welchem der Betriebsunternehmer von dem Unfalle Kenntnis erlangt hat.

§ 64. Jeder zur Anzeige gelangte Unfall, durch welchen eine versicherte Person getötet ist oder eine Körperverletzung erlitten hat, die voraussichtlich einen Ent-

schädigungsanspruch auf Grund dieses Gesetzes zur Folge haben wird, ist sobald als möglich, in den im § 76b des Krankenversicherungsgesetzes und im § 13 dieses Gesetzes bezeichneten Fällen spätestens unmittelbar nach Eingang eines entsprechenden Ersuchens der Berufsgenossenschaft oder der beteiligten Krankenkasse, von der Ortspolizeibehörde einer Untersuchung zu unterziehen, durch welche festzustellen sind:

1. die Veranlassung und Art des Unfalls;
2. die getöteten oder verletzten Personen;
3. die Art der vorgekommenen Verletzungen;
4. der Verbleib der verletzten Personen;
5. die Hinterbliebenen der durch den Unfall getöteten und die Angehörigen der durch den Unfall verletzten Personen, welche auf Grund dieses Gesetzes einen Entschädigungsanspruch erheben können;
6. die Höhe der Renten, welche der Verletzte etwa auf Grund der Unfallversicherungsgesetze oder des Invalidenversicherungsgesetzes bezieht.

Auf Antrag des Vorstandes der Genossenschaft oder der Sektion oder der beteiligten Krankenkasse hat die Ortspolizeibehörde die Untersuchung auch dann vorzunehmen, wenn sie die Voraussetzung des ersten Absatzes nicht als gegeben ansieht.

§ 66. Von dem über die Untersuchung aufgenommenen Protokolle sowie von den sonstigen Untersuchungsverhandlungen ist den Beteiligten auf ihren Antrag Einsicht und gegen Erstattung der Schreibgegühren Abschrift zu erteilen. Die Erstattung der Schreibgebühren kann erlassen werden.

§ 69. Die Beschlußfassung über die Feststellung der Entschädigung (§§ 8 bis 24) erfolgt

1. sofern die Genossenschaft in Sektionen eingeteilt ist, durch den Vorstand der Sektion, wenn es sich handelt
   a) um die im § 9 Abs. 1 Ziffer 1 bezeichneten Leistungen;
   b) um die für die Dauer einer voraussichtlich vorübergehenden Erwerbsunfähigkeit zu gewährende Rente;
   c) um das Sterbegeld;
   d) um die Aufnahme des Verletzten in eine Heilanstalt;
   e) um die den Angehörigen eines Verletzten für die Zeit seiner Behandlung in einer Heilanstalt zu gewährende Rente;
2. in allen übrigen Fällen durch den Vorstand der Genossenschaft.

Soll auf Grund eines ärztlichen Gutachtens die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt oder nur eine Teilrente festgestellt werden, so ist vorher der behandelnde Arzt zu hören. Steht dieser zu der Genossenschaft in einem Vertragsverhältnisse, so ist auf Antrag ein anderer Arzt zu hören.

§ 70. Soll die Bewilligung einer Entschädigung abgelehnt werden, so ist diese Absicht dem Verletzten oder im Falle seines Todes seinen Hinterbliebenen, soweit sie nach §§ 16 bis 19, 21 entschädigungsberechtigt sein würden, mitzuteilen. Soll eine Entschädigung bewilligt werden, so ist den genannten Personen die Höhe der in Aussicht genommenen Entschädigung mit den rechnungsmäßigen Grundlagen mitzuteilen.

§ 72. Entschädigungsberechtigte, für welche die Entschädigung nicht von Amts wegen festgestellt ist, haben ihren Entschädigungsanspruch bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Eintritte des Unfalls bei derjenigen Berufsgenossenschaft anzumelden, welcher die Entschädigungspflicht obliegt. Die Frist gilt auch dann als gewahrt, wenn die Anmeldung bei einem nicht zuständigen Genossenschaftsorgan oder bei einer anderen Berufsgenossenschaft oder bei der für den Wohnort des Entschädigungsberechtigten zuständigen unteren Verwaltungs-

behörde erfolgt ist. In solchem Falle ist die Anmeldung unverzüglich an die zuständige Stelle abzugeben und der Beteiligte davon zu benachrichtigen.

§ 76. Gegen den Bescheid, durch welchen der Entschädigungsanspruch abgelehnt wird, sowie gegen den Bescheid, durch welchen die Entschädigung festgestellt wird, findet die Berufung auf schiedsgerichtliche Entscheidung statt.

Die Berufung ist bei Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Bescheids bei dem Schiedsgerichte (Gesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze, § 3) zu erheben, in dessen Bezirke der Betrieb, in welchem der Unfall sich ereignet hat, belegen ist.

Gesetz, betreffend die Abänderung der Unfallversicherungsgesetze.
Vom 30. Juni 1900
in der Fassung vom 5. Juli 1900 (Reichsgesetzblatt Nr. 29, S. 573—773).

§ 3. Die Entscheidung von Streitigkeiten über Entschädigungen auf Grund der Unfallversicherungsgesetze wird den gemäß §§ 103 ff. des Invalidenversicherungsgesetzes errichteten Schiedsgerichten übertragen. Diese führen fortan die Bezeichnung: „Schiedsgericht für Arbeiterversicherung" mit Angabe des Bezirkes und des Sitzes. Bei Streitigkeiten über Entschädigungen für die Folgen von Unfällen in Betrieben, für welche zugelassene besondere Kasseneinrichtungen bestehen (§§ 8, 10, 11 des Invalidenversicherungsgesetzes), treten die für diese errichteten Schiedsgerichte an die Stelle der Schiedsgerichte für Arbeiterversicherung.

§ 7. Bei der Verhandlung sind, soweit es sich um Unfälle in der Land- und Forstwirtschaft oder im Bergbaubetriebe handelt, Beisitzer aus diesen Berufszweigen, im übrigen Beisitzer aus den sonstigen der Versicherung unterliegenden Betrieben zuzuziehen. Ausnahmen sind nur in einzelnen Fällen aus besonderen Gründen zulässig.

§ 8. Das Schiedsgericht wählt bei Beginn eines jeden Geschäftsjahrs in seiner ersten Spruchsitzung, in der Regel nach Anhörung der für den betreffenden Bezirk oder Bundesstaat zuständigen Ärztevertretung, aus der Zahl der am Sitze des Schiedsgerichts wohnenden approbierten Ärzte diejenigen aus, welche als Sachverständige bei den Verhandlungen vor dem Schiedsgericht in der Regel nach Bedarf zuzuziehen sind. Den zugezogenen Sachverständigen ist zur Abgabe ihres Gutachtens Einsicht in die Akten des Schiedsgerichts und der Berufsgenossenschaft zu gewähren. Die Namen der gewählten Ärzte sind öffentlich bekannt zu machen.

§ 11. Das Reichsversicherungsamt hat seinen Sitz in Berlin und besteht aus ständigen und nichtständigen Mitgliedern.

Der Präsident und die übrigen ständigen Mitglieder werden auf Vorschlag des Bundesrats vom Kaiser auf Lebenszeit ernannt. Aus den ständigen Mitgliedern werden vom Kaiser die Direktoren und die Vorsitzenden der Senate ernannt. Die übrigen Beamten des Reichsversicherungsamts werden vom Reichskanzler ernannt.

Von den nichtständigen Mitgliedern werden sechs vom Bundesrat, und zwar mindestens vier aus seiner Mitte, sechs als Vertreter der Arbeitgeber von den Vorständen der Berufsgenossenschaften und den Ausführungsbehörden sowie sechs als Vertreter der Versicherten von den dem Arbeiterstand angehörenden Beisitzern der Schiedsgerichte gewählt.

§ 21. In den einzelnen Bundesstaaten können für das Gebiet und auf Kosten derselben Landesversicherungsämter errichtet werden.

Die Wirksamkeit des Landesversicherungsamts beschränkt sich auf Berufsgenossenschaften, welche nur solche Betriebe umfassen, deren Sitz im Gebiete des betreffenden Bundesstaats belegen ist.

§ 80. Gegen die Entscheidung des Schiedsgerichts steht in den Fällen des § 69 Abs. 1 Ziffer 2, vorbehaltlich der Bestimmungen des § 90 Abs. 2 und des § 95 Abs. 1, dem Verletzten oder dessen Hinterbliebenen sowie dem Genossenschaftsvorstande das Rechtsmittel des Rekurses zu.

Über den Rekurs entscheidet das Reichsversicherungsamt. Das Rechtsmittel ist bei demselben zur Vermeidung des Ausschlusses innerhalb eines Monats nach der Zustellung des Schiedsgerichts einzulegen; die Bestimmung des § 76 Abs. 3 findet entsprechende Anwendung.

§ 88. Tritt in den Verhältnissen, welche für die Feststellung der Entschädigung maßgebend gewesen sind, eine wesentliche Veränderung ein, so kann eine anderweite Feststellung erfolgen.

Nach Ablauf von zwei Jahren von der Rechtskraft des Bescheids oder der Entscheidung ab, durch welche die Entschädigung zuerst endgültig festgestellt worden ist, darf wegen einer im Zustande des Verletzten eingetretenen Veränderung eine anderweite Feststellung, sofern nicht zwischen der Berufsgenossenschaft und dem Empfangsberechtigten über einen kürzeren Zeitraum ausdrückliches Einverständnis erzielt ist, nur in Zeiträumen von mindestens einem Jahre beantragt oder vorgenommen werden.

Zu dem Antrag auf Wiederaufnahme eines Heilverfahrens ist neben dem Verletzten auch die Krankenkasse, der er angehört, berechtigt.

§ 89. Vor einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente ist dem Rentenempfänger unter Mitteilung derjenigen Unterlagen, auf Grund deren die Herabsetzung oder Aufhebung erfolgen soll, Gelegenheit zur Äußerung zu geben.

§ 95. Ist bei teilweiser Erwerbsunfähigkeit eine Rente von fünfzehn oder weniger Prozent der Vollrente festgestellt, so kann nach Anhörung der unteren Verwaltungsbehörde die Berufsgenossenschaft den Entschädigungsberechtigten auf seinen Antrag durch eine entsprechende Kapitalzahlung abfinden.

Auszug

aus dem

Invalidenversicherungsgesetz

vom 13. Juli 1899.

1. Umfang und Gegenstand der Versicherung.

Versicherungspflicht.

§ 1. Nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Gesetzes werden vom vollendeten sechzehnten Lebensjahre ab versichert:

1. Personen, welche als Arbeiter, Gehilfen, Gesellen, Lehrlinge oder Dienstboten gegen Lohn oder Gehalt beschäftigt werden;
2. Betriebsbeamte, Werkmeister und Techniker, Handlungsgehilfen und Lehrlinge (ausschließlich der in Apotheken beschäftigten Gehilfen und Lehrlinge), sonstige Angestellte, deren dienstliche Beschäftigung ihren Hauptberuf bilden, sowie Lehrer und Erzieher, sämtlich sofern sie Lohn oder Gehalt beziehen, ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst aber 2000 Mark nicht übersteigt, sowie
3. die gegen Lohn oder Gehalt beschäftigten Personen der Schiffsbesatzung deutscher Seefahrzeuge (§ 2 des Gesetzes vom 13. Juli 1887, Reichsgesetzblatt S. 329) und von Fahrzeugen der Binnenschiffahrt, Schiffsführer jedoch nur dann, wenn ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt 2000 Mark nicht übersteigt. Die Führung der Reichsflagge auf

Grund der gemäß Artikel II § 7 Abs. 1 des Gesetzes vom 15. März 1888 (Reichsgesetzblatt S. 71) erteilten Ermächtigung macht das Schiff nicht zu einem deutschem Seefahrzeuge im Sinne des Gesetzes.

§ 2. Durch Beschluß des Bundesrats kann die Vorschrift des § 1 für bestimmte Berufszweige allgemein oder mit Beschränkung auf gewisse Bezirke auch

1. auf Gewerbetreibende und sonstige Betriebsunternehmer, welche nicht regelmäßig wenigstens einen Lohnarbeiter beschäftigen, sowie
2. ohne Rücksicht auf die Zahl der von ihnen beschäftigten Lohnarbeiter auf solche selbständige Gewerbetreibende, welche in eigenen Betriebsstätten im Auftrage und für die Rechnung anderer Gewerbetreibenden mit der Herstellung oder Bearbeitung gewerblicher Erzeugnisse beschäftigt werden (Hausgewerbetreibende), erstreckt werden, und zwar auf letztere auch dann, wenn sie die Roh- und Hilfsstoffe selbst beschaffen, und auch für die Zeit, während welcher sie vorübergehend für eigene Rechnung arbeiten.

Durch Beschluß des Bundesrats kann bestimmt werden:

1. daß und inwieweit Gewerbetreibende, in deren Auftrag und für deren Rechnung von Hausgewerbetreibenden (Abschn. 1 Ziffer 2) gearbeitet wird, gehalten sein sollen, rücksichtlich der Hausgewerbetreibenden und ihrer Gehilfen, Gesellen und Lehrlinge die in diesem Gesetze den Arbeitgebern auferlegten Verpflichtungen zu erfüllen;
2. daß und inwieweit Gewerbetreibende, in deren Auftrage Zwischenpersonen (Ausgeber, Faktoren, Zwischenmeister usw.) gewerbliche Erzeugnisse herstellen oder bearbeiten lassen, gehalten sein sollen, rücksichtlich der von den Zwischenpersonen hierbei beschäftigten Hausgewerbetreibenden (Abs. 1 Ziffer 2) und deren Gehilfen, Gesellen und Lehrlingen die in diesem Gesetz den Arbeitgebern auferlegten Verpflichtungen zu erfüllen.

§ 3. Als Lohn oder Gehalt gelten auch Tantiemen und Naturalbezüge.

§ 5. Der Versicherungspflicht unterliegen nicht diejenigen Personen, deren Erwerbsfähigkeit infolge von Alter, Krankheit oder anderen Gebrechen dauernd auf weniger als ein Drittel herabgesetzt ist. Dies ist dann anzunehmen, wenn sie nicht mehr imstande sind, durch eine ihren Kräften und Fähigkeiten entsprechende Tätigkeit, die ihnen unter billiger Berücksichtigung ihrer Ausbildung und ihres bisherigen Berufs zugemutet werden kann, ein Drittel desjenigen zu erwerben, was körperlich und geistig gesunde Personen derselben Art mit ähnlicher Ausbildung in derselben Gegend durch Arbeit zu verdienen pflegen.

Freiwillige Versicherung.

§ 14. Folgende Personen sind befugt, freiwillig in die Versicherung einzutreten, solange sie das vierzigste Lebensjahr nicht vollendet haben (Selbstversicherung):

1. Betriebsbeamte, Werkmeister, Techniker, Handlungsgehilfen und sonstige Angestellte, deren dienstliche Beschäftigung ihren Hauptberuf bildet, ferner Lehrer und Erzieher, sowie Schiffsführer, sämtlich sofern ihr regelmäßiger Jahresarbeitsverdienst an Lohn oder Gehalt mehr als 2000 Mark, aber nicht über 3000 Mark beträgt;
2. Gewerbetreibende und sonstige Betriebsunternehmer, welche nicht regelmäßig mehr als zwei versicherungspflichtige Lohnarbeiter beschäftigen, sowie Hausgewerbetreibende, sämtlich soweit nicht durch Beschluß des Bundesrats (§ 2 Abs. 1) die Versicherungspflicht auf sie erstreckt worden ist;

3. Personen, welche auf Grund des § 3 Abs. 2 und § 4 Abs. 1 der Versicherungspflicht nicht unterliegen.

Diese Personen sind ferner berechtigt, beim Ausscheiden aus dem die Berechtigung zur Selbstversicherung begründenden Verhältnisse die Selbstversicherung fortzusetzen und nach den Bestimmungen des § 46 zu erneuern.

Personen, welche aus einem die Versicherungspflicht begründenden Verhältnisse ausscheiden, sind befugt, die Versicherung freiwillig fortzusetzen oder zu erneuern (Weiterversicherung).

Die in Betrieben, für welche eine besondere Kasseneinrichtung (§§ 8, 10, 11) errichtet ist, beschäftigten Personen der im Abs. 1 Ziffer 1—3 bezeichneten Art sind berechtigt, sich bei der Kasseneinrichtung freiwillig zu versichern (Abs. 1). Die in solchen Betrieben beschäftigten versicherungspflichtigen Personen sind ferner beim Ausscheiden aus dem die Versicherungspflicht begründenden Arbeits- oder Dienstverhältnisse befugt, sich bei der besonderen Kasseneinrichtung weiter zu versichern (Abs. 2), solange sie nicht durch ein neues Arbeits- oder Dienstverhältnis bei einer anderen besonderen Kasseneinrichtung oder bei einer Versicherungsanstalt versicherungspflichtig werden. Solange die Voraussetzungen für die freiwillige Versicherung bei einer besonderen Kasseneinrichtung gegeben sind, findet die freiwillige Versicherung bei einer Versicherungsanstalt nicht statt.

Gegenstand der Versicherung.

§ 15. Gegenstand der Versicherung ist der Anspruch auf Gewährung einer Rente für den Fall der Erwerbsunfähigkeit und des Alters.

Invalidenrente erhält ohne Rücksicht auf das Lebensalter derjenige Versicherte, welcher im Sinne des § 5 Abs. 4 dauernd erwerbsunfähig ist. Eine durch einen Unfall herbeigeführte Erwerbsunfähigkeit begründet unbeschadet der Vorschriften des § 113 den Anspruch auf Invalidenrente nur insoweit, als die zu gewährende Invalidenrente die gewährte Unfallrente übersteigt.

Altersrente erhält ohne Rücksicht auf das Vorhandensein von Erwerbsunfähigkeit derjenige Versicherte, welcher das 70. Lebensjahr vollendet hat.

§ 16. Invalidenrente erhält auch derjenige nicht dauernd erwerbsunfähige Versicherte, welcher während 26 Wochen ununterbrochen erwerbsunfähig gewesen ist, für die weitere Dauer seiner Erwerbsunfähigkeit (Krankenrente).

§ 18. Ist ein Versicherter dergestalt erkrankt, daß als Folge der Krankheit Erwerbsunfähigkeit zu besorgen ist, welche einen Anspruch auf reichsgesetzliche Invalidenrente begründet, so ist die Versicherungsanstalt befugt, zur Abwendung dieses Nachteils ein Heilverfahren in dem ihr geeignet erscheinenden Umfange eintreten zu lassen.

Die Versicherungsanstalt kann das Heilverfahren durch Unterbringung des Erkrankten in einem Krankenhause oder in einer Anstalt für Genesende gewähren.

Ist der Erkrankte verheiratet oder hat er eine eigene Haushaltung, oder ist er Mitglied der Haushaltung seiner Familie, so bedarf es hierzu seiner Zustimmung.

Läßt die Versicherungsanstalt ein Heilverfahren eintreten, so gehen bei Versicherten, welche der reichs- und landesgesetzlichen Krankenfürsorge unterliegen, von Beginn dieses Heilverfahrens an bis zu dessen Beendigung die Verpflichtungen der Krankenkasse gegen den Versicherten auf die Versicherungsanstalt über. Dieser hat die Krankenkasse Ersatz zu leisten in Höhe desjenigen Geldes, welches der Versicherte von der Krankenkasse für sich beanspruchen konnte.'

Während des Heilverfahrens ist für solche Angehörigen des Versicherten, deren Unterhalt dieser bisher aus seinem Arbeitsverdienste bestritten hat, eine Unterstützung auch dann zu zahlen, wenn der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen

Krankenversorgung nicht unterliegt. Diese Angehörigenunterstützung beträgt, sofern der Versicherte der reichs- oder landesgesetzlichen Krankenversorgung bis zum Eingreifen der Versicherungsanstalt unterlag, die Hälfte des für ihn während der gesetzlichen Dauer der Krankenunterstützung maßgebend gewesenen Krankengeldes, im übrigen ein Viertel des für den Ort seiner letzten Beschäftigung oder seines letzten Aufenthaltes maßgebenden ortsüblichen Tagelohns gewöhnlicher Tagearbeiter. Wenn der Versicherte Invalidenrente erhält, kann dieselbe auf die Angehörigenunterstützung angerechnet werden.

Aufbringung der Mittel.

§ 27. Die Mittel zur Gewährung der in diesem Gesetze vorgesehenen Leistungen werden vom Reiche, von den Arbeitgebern und von den Versicherten aufgebracht.

Die Aufbringung der Mittel erfolgt seitens des Reiches durch Zuschüsse zu den in jedem Jahre tatsächlich zu zahlenden Renten (§ 35), seitens der Arbeitgeber und der Versicherten durch laufende Beiträge.

Die Beiträge entfallen auf den Arbeitgeber und den Versicherten zu gleichen Teilen (§§ 142, 144, 154) und sind für jede Beitragswoche (§ 30) zu entrichten.

Zur Erlangung eines Anspruchs auf Invaliden- oder Altersrente ist, außer dem Nachweise der Erwerbsunfähigkeit beziehungsweise des gesetzlich vorgesehenen Alters erforderlich:

1. die Zurücklegung der vorgeschriebenen Wartezeit;
2. die Leistungen von Beiträgen.

Wartezeit.

Die Wartezeit beträgt:

1. bei der Invalidenrente, wenn mindestens 100 Beiträge auf Grund der Versicherungspflicht geleistet worden sind, 200 Beitragswochen, andernfalls 500 Beitragswochen;
2. bei der Altersrente 1200 Beitragswochen.

Die für die freiwillige Versicherung (§ 14) geleisteten Beiträge kommen auf die Wartezeit für die Invalidenrente nur dann zur Anrechnung, wenn mindestens 100 Beiträge auf Grund eines die Versicherungspflicht oder die Berechtigung zur Selbstversicherung begründenden Verhältnisses geleistet worden sind.

Die Vorschrift des Absatzes 2 findet keine Anwendung auf Beiträge, welche von den Versicherten innerhalb der ersten 4 Jahre, nachdem die Versicherungspflicht für ihren Berufszweig in Kraft getreten ist, freiwillig geleistet worden sind.

Beitragsleistung.

Für jede Woche, in welcher der Versicherte in einem die Versicherungspflicht begründenden Arbeits- oder Dienstverhältnisse gestanden hat, ist ein Versicherungsbeitrag zu entrichten (Beitragswoche). Die Beitragswoche beginnt mit dem Montag einer jeden Kalenderwoche.

Als Beitragswochen werden, ohne daß Beiträge entrichtet zu werden brauchen, diejenigen vollen Wochen in Anrechnung gebracht, während deren der Versicherte

1. behufs Erfüllung der Wehrpflicht in Friedens-, Mobilmachungs- oder Kriegszeiten zum Heere oder zur Marine eingezogen gewesen ist,
2. in Mobilmachungs- oder Kriegszeiten freiwillig militärische Dienstleistungen verrichtet hat,
3. wegen bescheinigter, mit zeitweiser Erwerbsunfähigkeit verbundener Krankheit an der Fortsetzung seiner Berufstätigkeit verhindert gewesen ist.

Höhe der Beiträge.

§ 32. Die für die Beitragswoche zu entrichtenden Beiträge werden nach Lohnklassen (§ 34) im voraus auf bestimmte Zeiträume und zwar zunächst für die Zeit

bis zum 31. Dezember 1910, demnächst für 10 weitere Jahre durch den Bundesrat einheitlich festgesetzt.

Bis zur Festsetzung eines anderen Beitrags sind in jeder Versicherungsanstalt an gewöhnlichen Beiträgen zu erheben:

in Lohnklasse	I . .	14 Pfg.
„ „	II . .	20 „
„ „	III . .	24 „
„ „	IV . .	30 „
„ „	V . .	36 „

Eine anderweitige Feststellung der Beiträge bedarf der Zustimmung des Reichstags.

Nach der Höhe des Jahresarbeitsverdienstes werden für die Versicherten folgende Lohnklassen gebildet:

Klasse I bis zu 350 M. einschließlich,
„ II von mehr als 350 M. bis zu 550 M.,
„ III von mehr als 550 L. bis zu 850 M.,
„ IV von mehr als 850 M. bis zu 1150 M.,
„ V von mehr als 1150 M.

Berechnung der Renten.

Die Renten werden nach den Lohnklassen (§ 34) und nach Jahresbeträgen berechnet. Sie bestehen aus einem in der Höhe verschiedenen Betrage, welcher, vorbehaltlich der Vorschrift des § 40 Absatz 2, von den Versicherungsanstalten aufzubringen ist, und aus einem festen Zuschusse des Reichs, der für jede Rente jährlich 50 M. beträgt.

Es ist vom Reichsversicherungsamt bestimmt, daß Renten unter dem nach § 35 ff. zu berechnenden gesetzlichen Mindestbetrage auch im Vergleichswege nicht festgesetzt werden dürfen.

Die Berechnung des von den Versicherungsanstalten aufzubringenden Teiles der Invalidenrenten erfolgt in der Weise, daß einem Grundbetrage die der Zahl der Beitragswochen entsprechenden Steigerungssätze hinzugerechnet werden.

Der Grundbetrag beläuft sich:

für die Lohnklasse	I . .	auf	60 M.
„ „ „	II . .	„	70 „
„ „ „	III .	„	80 „
„ „ „	IV . .	„	90 „
„ „ „	V . .	„	100 „

Der von den Versicherungsanstalten aufzubringende Teil der Altersrente beträgt:

in der Lohnklasse	I . .	60 M.
„ „ „	II . .	90 „
„ „ „	III . .	120 „
„ „ „	IV . .	150 „
„ „ „	V . .	180 „

Erstattung der Beiträge.

Weiblichen Personen, welche eine Ehe eingehen, bevor ihnen die eine Rente (§§ 15, 16) bewilligende Entscheidung zugestellt ist, steht ein Anspruch auf Erstattung der Hälfte der für sie geleisteten Beiträge zu, wenn die letzteren vor Eingehung der Ehe für mindestens 200 Wochen entrichtet worden sind. Dieser Anspruch muß bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf eines Jahres nach dem

Tage der Verheiratung geltend gemacht werden. Der zu erstattende Betrag wird auf volle Mark nach oben abgerundet.

Werden versicherte Personen durch einen Unfall dauernd erwerbsunfähig im Sinne dieses Gesetzes und steht ihnen nach § 15 Absatz 2 Satz 2 für die Zeit des Bezuges der Unfallrente ein Anspruch auf Invalidenrente nicht zu, so ist ihnen auf ihren Antrag die Hälfte der für sie entrichteten Beiträge zu erstatten. Der Anspruch muß bei Vermeidung des Ausschlusses vor Ablauf von zwei Jahren nach dem Unfall geltend gemacht werden.

Entziehung der Invalidenrente.

Tritt in den Verhältnissen des Empfängers einer Invalidenrente eine Veränderung ein, welche ihn nicht mehr als erwerbsunfähig (§§ 15, 16) erscheinen läßt, so kann demselben die Rente entzogen werden.

Ist begründete Annahme vorhanden, daß der Empfänger einer Invalidenrente bei Durchführung eines Heilverfahrens die Erwerbsfähigkeit wieder erlangen werde, so kann die Versicherungsanstalt zu diesem Zwecke ein Heilverfahren eintreten lassen. Dabei finden die Bestimmungen des § 18 Absatz 2—4, §§ 19, 20, 21, 23 mit der Maßgabe Anwendung, daß an Stelle der Angehörigenunterstützung die Invalidenrente treten kann. Hat sich der Rentenempfänger solchen Maßnahmen der Versicherungsanstalt ohne gesetzlichen oder sonst triftigen Grund entzogen, so kann ihm die Rente auf Zeit ganz oder teilweise entzogen werden, sofern auf diese Folgen hingewiesen worden ist und nachgewiesen wird, daß er durch sein Verhalten die Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit vereitelt hat.

Auszug
aus dem Reichs- und Preußischen Gesetz betreffend der Kampf gegen die Infektionskrankheiten vom 30. Juni 1900.

§ 1 Absatz 1 RG Jede Erkrankung und jeder Todesfall an Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern) sowie jeder Fall, welcher den Verdacht einer dieser Krankheiten erweckt, ist der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde unverzüglich anzuzeigen.

§ 1 Absatz 1 und 8 PG. Außer den in dem § 1 des Reichsgesetzes betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten vom 30. Juni 1900 (RGBl. S. 306f.) aufgeführten Fällen der Anzeigepflicht — bei Aussatz (Lepra), Cholera (asiatischer), Fleckfieber (Flecktyphus), Gelbfieber, Pest (orientalischer Beulenpest), Pocken (Blattern) ist jede Erkrankung und jeder Todesfall an: Diphtherie (Rachenbräune), Genickstarre (übertragbarer), Kindbettfieber (Wochenbett-, Puerperalfieber), Körnerkrankheit (Granulose, Trachom), Rückfallfieber (Febris recurrens), Ruhr, übertragbarer (Dysenterie), Scharlach, Scharlachfieber, Typhus (Unterleibstyphus), Milzbrand, Rotz, Tollwut (Lyssa) sowie Bißverletzungen durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch- und Wurstvergiftung, Trichinose der für den Aufenthaltsort des Erkrankten oder den Sterbeort zuständigen Polizeibehörde innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis anzuzeigen.

In Gemäßheit der Bestimmung des Absatzes 1 ist auch jeder Todesfall an Lungen- und Kehlkopftuberkulose anzuzeigen.

§ 1 Absatz 2 RG. Wechselt der Kranke den Aufenthaltsort, so ist dies unverzüglich bei der Polizeibehörde des bisherigen und des neuen Aufenthaltsortes zur Anzeige zu bringen.

§ 1 Absatz 2 PG. Wechselt der Erkrankte die Wohnung oder den Aufenthaltsort, so ist dies innerhalb 24 Stunden nach erlangter Kenntnis bei der Polizeibehörde, bei einem Wechsel des Aufenthaltsortes auch bei derjenigen des neuen Aufenthaltsortes zur Anzeige zu bringen.

§ 2 RGPG. Zur Anzeige sind verpflichtet: 1. der zugezogene Arzt, 2. der Haushaltungsvorstand, 3. jede sonst mit der Behandlung oder Pflege des Erkrankten beschäftigte Person, 4. derjenige, in dessen Wohnung oder Behausung der Erkrankungsfall oder Todesfall sich ereignet hat, 5. der Leichenschauer.

Die Verpflichtung der unter Nr. 2—5 genannten Personen tritt nur dann ein, wenn ein früher genannter Verpflichteter nicht vorhanden ist.

§ 3 RG. Für Krankheits- und Todesfälle, welche sich in öffentlichen Kranken-, Entbindungs-, Pflege-, Gefangenen- und ähnlichen Anstalten ereignen, ist der Vorsteher der Anstalt oder die von der zuständigen Stelle damit beauftragte Person ausschließlich zur Erstattung der Anzeige verpflichtet.

Auf Schiffen oder Flößen gilt als der zur Erstattung der Anzeige verpflichtete Haushaltungsvorstand der Schiffer oder Floßführer oder deren Stellvertreter. Der Bundesrat ist ermächtigt, Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

§ 3 PG. (Absatz 1 und 2 lauten wie Absatz 1 und Absatz 2 Satz 1 RG.) Sodann:

Der Minister der Medizinalangelegenheiten ist ermächtigt, im Einvernehmen mit dem Minister für Handel und Gewerbe Bestimmungen darüber zu erlassen, an wen bei Krankheits- und Todesfällen, welche auf Schiffen oder Flößen vorkommen, die Anzeige zu erstatten ist.

§ 4 RG. Die Anzeige kann mündlich oder schriftlich erstattet werden. Die Polizeibehörden haben auf Verlangen Meldekarten für schriftliche Anzeigen unentgeltlich zu verabfolgen.

§ 5 RG. Landesgesetzliche Bestimmungen, welche eine weitergehende Anzeigepflicht begründen, werden durch dieses Gesetz nicht berührt.

Durch Beschluß des Bundesrats können die Vorschriften über die Anzeigepflicht (§§ 1—4) auf andere als die im § 1 Absatz 1 genannten übertragbaren Krankheiten ausgedehnt werden.

§ 5 PG. Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in den §§ 1—4 des gegenwärtigen Gesetzes enthaltenen Bestimmungen über die Anzeigepflicht für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere übertragbare Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

§ 6 Absatz 1 Satz 1 PG. Auf Erkrankungen, Verdacht der Erkrankungen und Todesfälle an Kindbettfieber, Typhus (Unterleibstyphus) sowie Erkrankungen und Todesfälle an Genickstarre (übertragbarer), Rückfallfieber, Ruhr (übertragbarer), Milzbrand, Rotz, Tollwut, Bißverletzung durch tolle oder der Tollwut verdächtige Tiere, Fleisch-, Fisch-, Wurstvergiftung, Trichinose finden die in den §§ 6—10 des Reichsgesetzes, betreffend die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, enthaltenen Bestimmungen über Ermittlung der Krankheit entsprechende Anwendung.

§ 6 Absatz 4 PG. Bei Dyphtherie, Körnerkrankheit und Scharlach hat die Ortspolizeibehörde nur die ersten Fälle ärztlich feststellen zu lassen, und dies auch nur dann, wenn sie nicht von einem Arzt angezeigt sind.

§ 8 PG. Ist nach dem Gutachten des beamteten Arztes der Ausbruch der

Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet, so hat die Polizeibehörde unverzüglich die erforderlichen Schutzmaßregeln zu treffen.

§ 10 RG. Für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind, kann durch die zuständige Behörde angeordnet werden, daß jede Leiche vor der Bestattung einer amtlichen Besichtigung (Leichenschau) zu unterwerfen ist.

Ermittlung der Krankheit.

§ 6 RG. Die Polizeibehörde muß, sobald sie von dem Ausbruch oder dem Verdachte des Auftretens einer der im § 1 Absatz 1 genannten Krankheiten (gemeingefährliche Krankheiten) Kenntnis erhält, den zuständigen beamteten Arzt benachrichtigen. Dieser hat alsdann unverzüglich an Ort und Stelle Ermittlungen über die Art, den Stand und die Ursache der Krankheit vorzunehmen.

RGA. Cholera: eine bakteriologische Untersuchung zu veranlassen und der Polizeibehörde eine Erklärung darüber abzugeben, ob der Ausbruch der Krankheit festgestellt oder der Verdacht des Ausbruchs begründet ist. In Notfällen kann der beamtete Arzt die Ermittlung auch vornehmen, ohne daß ihm eine Nachricht der Polizeibehörde zugegangen ist.

§ 7 RG. Dem beamteten Arzte ist, soweit er es zur Feststellung der Krankheit für erforderlich und ohne Schädigung des Kranken für zulässig hält, der Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche und die Vornahme der zu den Ermittlungen über die Krankheit erforderlichen Untersuchungen zu gestatten. Auch kann bei Cholera-, Gelbfieber- und Pestverdacht eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

§ 6 PG. Befindet sich jedoch der Kranke in ärztlicher Behandlung, so ist dem beamteten Arzte der Zutritt untersagt, wenn der behandelnde Arzt erklärt, daß von dem Zutritt des beamteten Arztes eine Gefährdung der Gesundheit oder des Lebens des Kranken zu befürchten ist. Vor dem Zutritt des beamteten Arztes ist dem behandelnden Arzte Gelegenheit zu dieser Erklärung zu geben.

Außerdem ist bei Kindbettfieber oder Verdacht desselben dem beamteten Arzte der Zutritt nur mit Zustimmung des Haushaltungsvorstandes gestattet.

Auch kann bei Typhus oder Rotzverdacht eine Öffnung der Leiche polizeilich angeordnet werden, insoweit der beamtete Arzt dies zur Feststellung der Krankheit für erforderlich hält.

§ 7 Absatz 2 RG. Der behandelnde Arzt ist berechtigt, der Untersuchung, insbesondere auch der Leichenöffnung, beizuwohnen.

§ 9 RG. Bei Gefahr im Verzuge kann der beamtete Arzt schon vor dem Einschreiten der Polizeibehörde die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit zunächst erforderlichen Maßnahmen anordnen. Der Vorsteher der Ortschaft hat den von dem beamteten Arzte getroffenen Anordnungen Folge zu leisten. Von den Anordnungen hat der beamtete Arzt der Polizeibehörde sofort schriftliche Mitteilung zu machen; sie bleiben so lange in Kraft, bis von der zuständigen Behörde anderweitige Verfügungen getroffen sind.

§ 7 Absatz 3 RG. Die in §§ 2 und 3 aufgeführten Personen sind verpflichtet, über alle für die Entstehung und den Verlauf der Krankheit wichtigen Umstände dem beamteten Arzte und der zuständigen Behörde auf Befragen Auskunft zu erteilen.

§ 6 Absatz 2 RG. In Ortschaften mit mehr als 10000 Einwohnern ist nach den Bestimmungen des Absatzes 1 auch dann zu verfahren, wenn Erkrankungs- oder

Todesfälle in einem räumlich abgegrenzten Teile der Ortschaft, welcher von der Krankheit bis dahin verschont geblieben war, vorkommen.

§ 6 Absatz 3 RG. Die höhere Verwaltungsbehörde kann Ermittlungen über jeden einzelnen Krankheits- oder Todesfall anordnen. Solange eine solche Anordnung nicht getroffen ist, sind nach der ersten Feststellung der Krankheit von dem beamteten Arzte Ermittlungen nur im Einverständnisse mit der untern Verwaltungsbehörde und nur insoweit vorzunehmen, als dies erforderlich ist, um die Ausbreitung der Krankheit örtlich und zeitlich zu verfolgen.

§ 7 PG. Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem § 6 Absatz 1 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Bestimmungen ganz oder teilweise für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere als die daselbst aufgeführten übertragbaren Krankheiten vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Schutzmaßregeln.

§ 11 RG. Zur Verhütung der Verbreitung der gemeingefährlichen Krankheiten können für die Dauer der Krankheitsgefahr Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln nach Maßgabe der §§ 12—21 polizeilich angeordnet werden.

Die Anfechtung der Anordnungen hat keine aufschiebende Wirkung.

§ 11 PG. Das Staatsministerium ist ermächtigt, die in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes bezeichneten Absperrungs- und Aufsichtsmaßregeln für einzelne Teile oder den ganzen Umfang der Monarchie auch auf andere in dem § 8 des gegenwärtigen Gesetzes nicht genannte übertragbare Krankheiten in besonderen Ausnahmefällen vorübergehend auszudehnen, wenn und solange dieselben in epidemischer Verbreitung auftreten.

Die auf Grund der vorstehenden Bestimmung und auf Grund der §§ 5 und 7 ergangenen Verordnungen sind dem Landtage, wenn er versammelt ist, sofort, andernfalls bei seinem nächsten Zusammentreten vorzulegen. Sie sind außer Kraft zu setzen, soweit der Landtag seine Zustimmung versagt.

§ 23 RG. Die zuständige Landesbehörde kann die Gemeinden oder die weiteren Kommunalverbände dazu anhalten, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der gemeingefährlichen Krankheiten notwendig sind, zu treffen.

Wegen Aufbringung der erforderlichen Kosten findet die Bestimmung des § 37 Absatz 2 Anwendung.

§ 29 PG. Die Gemeinden sind verpflichtet, diejenigen Einrichtungen, welche zur Bekämpfung der übertragbaren (§ 1 Absatz 1) Krankheiten notwendig sind, zu treffen und für deren ordnungsmäßige Unterhaltung zu sorgen.

Die Kreise sind befugt, diese Einrichtungen an Stelle der Gemeinden zu treffen und zu unterhalten.

§ 12 RG. Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen können einer Beobachtung unterworfen werden. Eine Beschränkung in der Wahl des Aufenthalts oder der Arbeitsstätte ist zu diesem Zwecke nur bei Personen zulässig, welche obdachlos oder ohne festen Wohnsitz sind oder berufs- oder gewohnheitsmäßig umherziehen.

§ 13 RG. Die höhere Verwaltungsbehörde kann für den Umfang ihres Bezirkes oder für Teile desselben anordnen, daß zureisende Personen, sofern sie sich innerhalb einer zu bestimmenden Frist vor ihrer Ankunft in Ortschaften oder Bezirken aufgehalten haben, in welchen eine gemeingefährliche Krankheit ausgebrochen ist, nach ihrer Ankunft der Ortspolizeibehörde zu melden sind.

§ 14 RG. Für Kranke und krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen kann eine Absonderung angeordnet werden.

Die Absonderung kranker Personen hat derart zu erfolgen, daß der Kranke mit andern als den zu seiner Pflege bestimmten Personen, dem Arzte oder dem Seelsorger nicht in Berührung kommt und eine Verbreitung der Krankheit tunlichst ausgeschlossen ist. Angehörigen und Urkundspersonen ist, insoweit es zur Erledigung wichtiger und dringender Angelegenheiten geboten ist, der Zutritt zu dem Kranken unter Beobachtung der erforderlichen Maßregeln gegen eine Weiterverbreitung der Krankheit gestattet.

Werden auf Erfordern der Polizeibehörde in der Behausung des Kranken die nach dem Gutachten des beamteten Arztes zum Zwecke der Absonderung notwendigen Einrichtungen nicht getroffen, so kann, falls der beamtete Arzt es ohne Schädigung des Kranken für zulässig erklärt, die Überführung des Kranken in ein geeignetes Krankenhaus oder in einen andern geeigneten Unterkunftsraum angeordnet werden.

§ 14 Absatz 3 RG. Auf die Absonderung krankheits- oder ansteckungsverdächtiger Personen finden die Bestimmungen des Absatzes 2 sinngemäße Anwendung. Jedoch dürfen krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen nicht in demselben Raume mit kranken Personen untergebracht werden. Ansteckungsverdächtige Personen dürfen in demselben Raume mit krankheitsverdächtigen nur untergebracht werden, soweit der beamtete Arzt es für zulässig hält.

Wohnungen oder Häuser, in welchen erkrankte Personen sich befinden, können kenntlich gemacht werden.

§ 14 Absatz 5 RG. Für das berufsmäßige Pflegepersonal können Verkehrsbeschränkungen angeordnet werden.

§ 15 RG. Die Landesbehörden sind befugt, für Ortschaften und Bezirke, welche von einer gemeingefährlichen Krankheit befallen oder bedroht sind:

1. hinsichtlich der gewerbsmäßigen Herstellung, Behandlung und Aufbewahrung, sowie hinsichtlich des Vertriebs von Gegenständen, welche geeignet sind, die Krankheit zu verbreiten, eine gesundheitspolizeiliche Überwachung und die zur Verhütung der Verbreitung der Krankheit erforderlichen Maßregeln anzuordnen; die Ausfuhr von Gegenständen der bezeichneten Art darf aber nur für Ortschaften verboten werden, in denen Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken ausgebrochen sind;
2. Gegenstände der in Nr. 1 bezeichneten Art vom Gewerbebetrieb im Umherziehen auszuschließen.
3. die Abhaltung von Märkten, Messen und anderen Veranstaltungen, welche eine Ansammlung größerer Menschenmengen mit sich bringen, zu verbieten oder zu beschränken.
4. die in der Schiffahrt, der Flößerei oder sonstigen Transportbetrieben beschäftigten Personen einer gesundheitspolizeilichen Überwachung zu unterwerfen und kranke, krankheits- oder ansteckungsverdächtige Personen, sowie Gegenstände, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, von der Beförderung auszuschließen,
5. den Schiffahrts- und Flößereibetrieb auf bestimmte Tageszeiten zu beschränken.

§ 16 RG. Jugendliche Personen aus Behausungen, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, können zeitweilig vom Schul- und Unterrichtsbesuche ferngehalten werden.

Eine Wiederzulassung zur Schule darf erfolgen:

1. wenn nach ärztlicher Bescheinigung eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist;

2. bei erkrankten Schülern und Lehrern, wenn nach Ablauf der Krankheit eine ordnungsgemäße Desinfektion stattgehabt hat;
3. bei gesunden Personen aus Behausungen mit ansteckenden Krankheiten nach Genesung und vorschriftsmäßiger Desinfektion.

Bei dem Auftreten übertragbarer Erkrankungen im Schulgebäude ist die Schule unverzüglich zu schließen, bei dem Auftreten in Internaten soll eine Absonderung, jedoch zur Vermeidung der Krankheitsverbreitung keine Schließung der Anstalt erfolgen.

In Ortschaften mit festgestellter Verbreitung epidemischer Krankheiten kann auch die Schließung der Schule oder einzelner Klassen erforderlich werden.

§ 17 RG. In Ortschaften, welche von Cholera, Fleckfieber, Pest oder Pocken befallen oder bedroht sind, sowie in deren Umgegend, kann die Benutzung von Brunnen, Teichen, Seen, Wasserläufen, Wasserleitungen, Schwimm-, Wasch- und Bedürfnisanstalten verboten oder beschränkt werden.

§ 18 RG. Die gänzliche oder teilweise Räumung von Wohnungen und Gebäuden, in denen Erkrankungen vorgekommen sind, kann, insoweit der beamtete Arzt es zur wirksamen Bekämpfung der Krankheit für unerläßlich erklärt, angeordnet werden. Den betroffenen Bewohnern ist anderweit geeignete Unterkunft unentgeltlich zu bieten.

§ 19 RG. Für Gegenstände und Räume, von denen anzunehmen ist, daß sie mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, kann eine Desinfektion angeordnet werden.

Für Reisegepäck und Handelswaren ist bei Aussatz, Cholera und Gelbfieber die Anordnung der Desinfektion nur dann zulässig, wenn die Annahme, daß die Gegenstände mit dem Krankheitsstoffe behaftet sind, durch besondere Umstände begründet ist.

Ist die Desinfektion nicht ausführbar oder im Verhältnisse zum Werte der Gegenstände zu kostspielig, so kann die Vernichtung angeordnet werden.

§ 20 RG. Zum Schutze gegen Pest können Maßregeln zur Vertilgung und Fernhaltung von Ratten, Mäusen und anderm Ungeziefer angeordnet werden.

Behandlungszwang bei der Körnerkrankheit.

§ 9 Absatz 1 PG. Personen, welche an Körnerkrankheit leiden, können, wenn sie nicht glaubhaft nachweisen, daß sie sich in ärztlicher Behandlung befinden, zu einer solchen zwangsweise angehalten werden.

§ 9 Absatz 2 PG. Bei Syphilis, Tripper und Schanker kann eine zwangsweise Behandlung der erkrankten Personen, sofern sie gewerbsmäßig Unzucht treiben, angeordnet werden, wenn dies zur wirksamen Verhütung der Ausbreitung der Krankheit erforderlich erscheint.

§ 21 PG. Für die Aufbewahrung, Einsargung, Beförderung und Bestattung der Leichen von Personen, welche an einer gemeingefährlichen Krankheit gestorben sind, können besondere Vorsichtsmaßregeln angeordnet werden.

§ 24 RG. Zur Verhütung der Einschleppung der gemeingefährlichen Krankheiten aus dem Auslande kann der Einlaß der Seeschiffe von der Erfüllung gesundheitspolizeilicher Vorschriften abhängig gemacht sowie

1. der Einlaß anderer dem Personen- und Frachtverkehre dienenden Fahrzeuge,
2. die Ein- und Durchfuhr von Waren und Gebrauchsgegenständen,
3. der Eintritt und die Beförderung von Personen, welche aus dem von der Krankheit befallenen Lande kommen, verboten oder beschränkt werden.

Der Bundesrat ist ermächtigt, Vorschriften über die hiernach zu treffenden

Maßregeln zu beschließen. Soweit sich diese Vorschriften auf die gesundheitspolizeiliche Überwachung der Seeschiffe beziehen, können sie auf den Schiffsverkehr zwischen deutschen Häfen erstreckt werden.

§ 26 RG. Der Bundesrat ist ermächtigt, Vorschriften über die Ausstellung der Gesundheitspässe für die aus deutschen Häfen ausgehenden Seeschiffe zu beschließen.

§ 27 RG. Der Bundesrat ist ermächtigt, über die bei der Ausführung wissenschaftlicher Arbeiten mit Krankheitserregern zu beobachtenden Vorsichtsmaßregeln sowie über den Verkehr mit Krankheitserregern und deren Aufbewahrung Vorschriften zu erlassen.

§ 42 RG. Ist in einer Ortschaft der Ausbruch einer gemeingefährlichen Krankheit festgestellt, so ist das Kaiserliche Gesundheitsamt hiervon sofort auf kürzestem Wege zu benachrichtigen.

§ 44 RG. Mit Gefängnis bis zu drei Jahren wird bestraft:

1. wer wissentlich bewegliche Gegenstände, für welche eine Desinfektion polizeilich angeordnet war, vor Ausführung der angeordneten Desinfektion in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Verkehr bringt,
2. wer wissentlich Kleidungsstücke, Leibwäsche, Bettzeug oder sonstige bewegliche Gegenstände, welche von Personen, die an einer gemeingefährlichen Krankheit litten, während der Erkrankung gebraucht oder bei deren Behandlung oder Pflege benutzt worden sind, in Gebrauch nimmt, an andere überläßt oder sonst in Gebrauch bringt, bevor sie desinfiziert worden sind;
3. wer wissentlich Fahrzeuge oder sonstige Gerätschaften, welche zur Beförderung von Kranken oder Verstorbenen der in Nr. 2 bezeichneten Art gedient haben, vor Ausführung der polizeilich angeordneten Desinfektion benutzt oder andern zur Benutzung überläßt.

Sind mildernde Umstände vorhanden, so kann auf Geldstrafe bis zu 1500 Mark erkannt werden.

§ 45 RG. Mit Geldstrafe von 10 bis 150 Mark oder mit Haft nicht unter einer Woche wird bestraft:

1. wer die ihm obliegende Anzeige unterläßt oder länger als 24 Stunden verzögert. Die Strafverfolgung tritt nicht ein, wenn die Anzeige, obwohl nicht von dem zunächst Verpflichteten, doch rechtzeitig gemacht worden ist;
2. wer im Falle des § 7 dem beamteten Arzt den Zutritt zu dem Kranken oder zur Leiche oder die Vornahme der erforderlichen Untersuchungen verweigert:
3. wer den Bestimmungen im § 7 Absatz 3 zuwider ... dem beamteten Arzt oder der zuständigen Behörde die Auskunft verweigert oder wissentlich unrichtige Angaben macht;
4. wer den auf Grund des § 13 erlassenen Anordnungen zuwiderhandelt.

Die grundlegenden Bestimmungen über die Schutzpockenimpfung enthält das Reichsimpfgesetz vom 8. April 1874.

§ 1. Der Impfung mit Schutzpocken soll unterzogen werden:

1. jedes Kind vor dem Ablaufe des auf sein Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres, sofern es nicht nach ärztlichem Zeugnis (§ 10) die natürlichen Blattern überstanden hat:
2. jeder Zögling einer öffentlichen Lehranstalt oder einer Privatschule, mit Ausnahme der Sonntags- und Abendschulen, innerhalb des Jahres, in welchem der Zögling das 12. Lebensjahr zurücklegt, sofern er nicht nach ärztlichem Zeugnis in den letzten 5 Jahren die natürlichen Blattern überstanden hat oder mit Erfolg geimpft worden ist.

§ 2. Ein Impfpflichtiger (§ 1), welcher nach ärztlichem Zeugnis ohne Gefahr für sein Leben oder für seine Gesundheit nicht geimpft werden kann, ist binnen Jahresfrist nach Aufhören des diese Gefahr begründenden Zustandes der Impfung zu unterziehen.

Ob diese Gefahr noch fortbesteht, hat in zweifelhaften Fällen der zuständige Impfarzt (§ 6) endgültig zu entscheiden.

§ 3. Ist eine Impfung nach dem Urteile des Arztes (§ 5) erfolglos geblieben, so muß sie spätestens im nächsten Jahre und, falls sie auch dann erfolglos bleibt, im dritten Jahre wiederholt werden.

§ 5. Jeder Impfling muß frühestens am sechsten, spätestens am achten Tage nach der Impfung dem impfenden Arzte vorgestellt werden.

§ 8. Außer den Impfärzten sind ausschließlich Ärzte befugt, Impfungen vorzunehmen.

Sie haben über die ausgeführten Impfungen in der im § 7 vorgeschriebenen Form Listen zu führen und dieselben am Jahresschlusse der zuständigen Behörde vorzulegen.

§ 9. Die Landesregierungen haben nach näherer Anordnung des Bundesrats dafür zu sorgen, daß eine angemessene Anzahl von Impfinstituten zur Beschaffung und Erzeugung von Schutzpockenlymphe eingerichtet werde.

Die Impfinstitute geben die Schutzpockenlymphe an die öffentlichen Impfärzte unentgeltlich ab und haben über Herkunft und Abgabe derselben Listen zu führen.

§ 10. Über jede Impfung wird nach Feststellung ihrer Wirkung (§ 5) von dem Arzte ein Impfschein ausgestellt. In dem Impfschein wird, unter Angabe des Vor- und Zunamens des Impflings, sowie des Jahres und Tages seiner Geburt, bescheinigt entweder, daß durch die Impfung der gesetzlichen Pflicht genügt ist, oder daß die Impfung im nächsten Jahre wiederholt werden muß.

In den ärztlichen Zeugnissen, durch welche die gänzliche oder vorläufige Befreiung von der Impfung (§§ 1, 2) nachgewiesen werden soll, wird, unter der für den Impfschein vorgeschriebenen Bezeichnung der Person, bescheinigt, aus welchem Grunde und auf wie lange die Impfung unterbleiben darf.

Die Impfung ist mit Tierlymphe vorzunehmen. Menschenlymphe darf sowohl bei öffentlichen, als auch bei Privatimpfungen nur in Ausnahmefällen verwendet werden.

Die Tierlymphe darf für alle Impfungen nur aus staatlichen Impfanstalten oder deren Niederlagen oder aus solchen Privatimpfanstalten, welche einer staatlichen Aufsicht unterstehen, bezogen werden.

Auszug

aus dem Gesetz betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung und der ärztlichen Ehrengerichte, vom 25. Mai 1887.

§ 1. Für jede Provinz ist eine Ärztekammer zu errichten.

Der Bezirk der Ärztekammer der Provinz Brandenburg hat zugleich den Stadtkreis Berlin, der Bezirk der Ärztekammer der Rheinprovinz zugleich die Hohenzollernschen Lande zu umfassen.

Die Kammern erhalten ihren Sitz am Amtssitz des Oberpräsidenten, die Kammer der Provinz Brandenburg und des Stadtkreises Berlin erhält ihren Sitz in Berlin.

§ 2. Der Geschäftskreis der Ärztekammer umfaßt die Erörterung aller Fragen und Angelegenheiten, welche den ärztlichen Beruf oder das Interesse der

öffentlichen Gesundheitspflege betreffen oder auf die Wahrnehmung und Vertretung der ärztlichen Standesinteressen gerichtet sind.

Die Ärztekammern sind befugt, innerhalb ihres Geschäftskreises Vorstellungen und Anträge an die Staatsbehörden zu richten, und sollen die letzteren geeigneten-falls, insbesondere auf dem Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, den Ärzte-kammern Gelegenheit geben, sich über einschlägige Fragen gutachtlich zu äußern.

§ 3. Zu den Sitzungen der Provinzial-Medizinal-Kollegien und der wissen-schaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, in denen allgemeine Fragen oder besonders wichtige Gegenstände der öffentlichen Gesundheitspflege zur Beratung stehen, oder in denen über Anträge von Ärztekammern beschlossen wird, sind Ver-treter der Ärztekammern als außerordentliche Mitglieder mit beratender Stimme zuzuziehen.

Jede Ärztekammer hat als Vertreter im Provinzial-Medizinal-Kollegium zwei, als Vertreter in der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen eins ihrer Mitglieder und für jedes gewählte Mitglied einen Stellvertreter zu wählen.

§ 4 Absatz 2 und 3 handelt vom Wahlrecht und vom Verlust des Wahlrechts.

§ 6. Die Wahlen finden alle drei Jahre im November statt.

Der dreijährige Zeitraum, für welchen die Mitglieder gewählt werden, beginnt mit dem Anfang des nächstfolgenden Jahres. Vor jeder Wahl ist für jeden Wahl-bezirk von dem Vorstande der Ärztekammer eine Liste der Wahlberechtigten auf-zustellen. Dieselbe ist in jedem Kreise (Oberamtsbezirke) im Laufe des der Wahl vorhergehenden Monats Juni 14 Tage öffentlich auszulegen, nachdem die Zeit und der Ort der Auslegung vorher öffentlich bekannt gemacht sind.

§ 7. Zu wählen sind für jede Ärztekammer auf je 50 Wahlberechtigte ein Mitglied und ein Stellvertreter, mindestens aber je 12 Mitglieder und Stellvertreter. Wie viele Mitglieder und Stellvertreter hiernach auf jeden Wahlbezirk entfallen, wird von dem Oberpräsidenten . . . . . bestimmt und ist bei Veröffentlichung des Wahl-termins bekannt zn machen.

Die Festsetzung und Ausschreibung des Wahltermins geschieht durch den Vor-stand der Ärztekammer . . . . . Die Wahl erfolgt schriftlich durch Einsendung des Stimmzettels an den Vorstand der Ärztekammer . . . . . Jeder Stimmzettel muß Namen, Stand und Wohnort des Wählenden, der von ihm gewählten Mitglieder und der von ihm gewählten Stellvertreter enthalten und rechtzeitig . . . . . ein-gereicht werden.

Gewählt sind diejenigen, welche die meisten Stimmen auf sich vereinigen. Bei Stimmengleichheit entscheidet erforderlichenfalls das Los. Das Ergebnis der Wahl ist . . . . . von dem Vorstande der Ärztekammer innerhalb acht Tagen . . . . . festzustellen und den Gewählten . . . . . mit der Aufforderung bekannt zu geben, sich über die Annahme oder Ablehnung innerhalb acht Tagen zu erklären.

Wer diese Erklärung nicht abgibt, wird als ablehnend betrachtet, und tritt an seine Stelle derjenige, welcher die nächst meisten Stimmen erhalten hat . . . . . Jede Wahl verliert ihre Wirkung mit dem gänzlichen oder zeitweisen Aufhören einer der für die Wählbarkeit vorgeschriebenen Bedingungen.

Der Vorstand der Ärztekammer hat darüber zu befinden, ob einer dieser Fälle eingetreten ist.

Eine Ersatzwahl ist nur dann anzuordnen, wenn einschließlich der für die Aus-geschiedenen einberufenen Stellvertreter die Zahl der Mitglieder der Ärztekammer weniger als zwölf beträgt.

Die Mitglieder . . . . . verwalten ihr Amt als ein Ehrenamt.

§ 8. In dem auf die Wahl folgenden Monat Januar sind die Mitglieder der

Ärztekammer von dem Oberpräsidenten behufs Wahl des Vorstandes zusammenzurufen.

In der Wahlversammlung führt der Oberpräsident oder dessen Stellvertreter den Vorsitz.

Der Vorstand ist für die Dauer der Wahlperiode der Ärztekammer zu wählen und hat aus einem Vorsitzenden und mindestens vier Mitgliedern zu bestehen.

. . . . . Die Wahl erfolgt durch Stimmzettel . . . . . .

Der Vorsitzende wird zuerst gewählt.

Die vorstehenden Wahlvorschriften sind auch für die Wahlen der Vertreter der Ärztekammer in dem Provinzial-Medizinal-Kollegium und in der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen mit der Maßgabe zur Anwendung zu bringen, daß zur Beschlußfähigkeit der Ärztekammer die Teilnahme von zwei Dritteln der Mitglieder beziehungsweise deren Stellvertretern erforderlich ist . . . . . .

§ 9. Der Vorstand der Ärztekammer vertritt dieselbe nach außen und vermittelt den Verkehr derselben mit den Staatsbehörden. Der Vorstand faßt seine Beschlüsse nach absoluter Stimmenmehrheit. Bei Stimmengleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden . . . . . .

Zur Beschlußfähigkeit des Vorstandes ist die Teilnahme der Mehrheit der Mitglieder erforderlich. Die Beschlüsse des Vorstandes können mittelst schriftlicher Abstimmung gefaßt werden, sofern nicht ein Mitglied mündliche Abstimmung verlangt . . . . . .

§ 10. Der Vorsitzende hat den Verkehr der Ärztekammer und des Vorstandes zu vermitteln und die Beschlüsse derselben zur Ausführung zu bringen.

Der Vorsitzende beruft die Versammlungen der Ärztekammer und des Vorstandes und leitet in beiden die Verhandlungen.

Die Berufung der Ärztekammer muß erfolgen, wenn die Hälfte der Mitglieder derselben . . . . . schriftlich darauf anträgt oder der Vorstand dieselbe beschließt.

Bei der Berufung der Ärztekammer muß der Gegenstand, über welchen . . . . . Beschluß gefaßt werden soll, bezeichnet werden. Über andere Gegenstände . . . . . darf ein Beschluß nicht gefaßt werden . . . . . .

§ 11 (i. d. F. d. V. v. 20. 5. 1898). Den zu den Sitzungen der Provinzial-Medizinal-Kollegien und der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen von auswärts einberufenen Vertretern der Ärztekammern sind Tagegelder und Reisekosten aus der Staatskasse zu gewähren.

An Tagegeldern erhalten dieselben:

1. für die Teilnahme an den Beratungen der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen 18 Mark;
2. für die Teilnahme an den Sitzungen der Provizial-Medizinal-Kollegien 15 Mark.

An Reisekosten sind die den Beamten der vierten Rangklasse zustehenden Sätze zu gewähren.

§ 12. Die Kosten der . . . . . Veröffentlichung des Ergebnisses der Wahlen trägt der Staat.

Im übrigen bleibt es den Ärzten und Ärztekammern überlassen, für die Bereitstellung der erforderlichen Mittel selbst Sorge zu tragen.

§ 13. Die allgemeine Staatsaufsicht über die Ärztekammer und deren Vorstand wird durch den Oberpräsidenten geführt.

Preußisches Gesetz, betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Ärztekammern, vom 25. November 1898 (i. d. F. d. Ges. v. 7. 7. 1904).

§ 49. Jede Ärztekammer ist befugt, von den wahlberechtigten Ärzten des Kammerbezirkes einen von ihr festzusetzenden jährlichen Beitrag zur Deckung ihres Kassenbedarfs zu erheben. Durch die ehrengerichtliche Entziehung des Wahlrechts wird die Beitragspflicht nicht berührt.

Approbierte Ärzte, welche weder eine ärztliche Praxis noch eine andere auf der ärztlichen Wissenschaft beruhende gewinnbringende Tätigkeit ausüben, sind von der Beitragspflicht befreit, sofern sie dem Vorstande der Ärztekammer eine entsprechende schriftliche Erklärung abgeben. Die Befreiung tritt mit Ablauf des Monats ein, in welchem die Erklärung an den Vorstand der Ärztekammer gelangt. Bei Beanstandungen der Erklärung, die nebst ihrer Begründung dem Arzte zugestellt werden müssen, entscheidet der Oberpräsident endgültig. Während der Dauer der Befreiung ruht das Wahlrecht und die Wählbarkeit zur Ärztekammer.

§ 49a. Der Jahresbeitrag ist in der Regel für alle verpflichteten Ärzte des Kammerbezirkes in gleicher Höhe festzusetzen. Mit Rücksicht auf besondere Verhältnisse können Ermäßigungen nach gleichmäßig abgestuften Sätzen für einen Teil der Ärzte festgesetzt werden.

Zu Beschlüssen der Ärztekammer, durch welche die Aufbringung der Beiträge unter Zugrundelegung eines andern Beitragsfußes, insbesondere der staatlich veranlagten Einkommensteuer, bestimmt wird, ist eine Mehrheit von zwei Dritteilen der an der Abstimmung teilnehmenden Mitglieder erforderlich . . . . . .

Gegen die Heranziehung zu den Beiträgen der Ärztekammern steht dem Verpflichteten binnen einem Monat . . . . . der Einspruch an den Vorstand der Ärztekammer und gegen dessen Entscheidung binnen einer weiteren Frist von einem Monat die Berufung an den Oberpräsidenten zu, welcher endgültig entscheidet.

§ 50. Bei jeder Ärztekammer wird eine Kasse errichtet . . . . . .

Zu der Kasse der Ärztekammer fließen:

1. Geldstrafen und Kosten;
2. die Beiträge der wahlberechtigen Ärzte des Kammerbezirkes;
3. die der Ärztekammer gemachten Zuwendungen jeder Art.

Aus der Kasse werden bestritten:

1. die Verwaltungskosten einschließlich der Tagegelder und Reisekosten der Mitglieder der Ärztekammer;
2. die Kosten des ehrengerichtlichen Verfahrens, soweit nicht eine Erstattung derselben stattfindet;
3. der . . . . . Beitrag der Ärztekammer zu den Kosten des Ärztekammerausschusses;
4. die sonstigen Aufwendungen . . . . . .

§ 51. Die Kasse wird von dem Vorstande der Ärztekammer verwaltet und nach außen vertreten.

Den Kassenführer wählt der Vorstand . . . . . aus seiner Mitte.

§ 53. Der Kassenführer hat . . . . . die Einziehung der Geldstrafen und Kosten sowie der nicht freiwillig gezahlten Beiträge zu betreiben.

Als Vollstreckungsbehörde . . . . . gilt die Ortspolizeibehörde, welche auf Ersuchen des Kassenführers die Vollstreckung zu bewirken hat.

B. Verordnung wegen Ergänzung der Verordnung vom 25. Mai 1887 betreffend die Einrichtung einer ärztlichen Standesvertretung vom 6. Januar 1896.

§ 1. Jede Ärztekammer wählt in den Ausschuß einen Delegierten. Für den letzteren wird zugleich ein Stellvertreter gewählt.

Der Ärztekammerausschuß hat seinen Sitz in Berlin.

Die Mitglieder . . . . . verwalten ihr Amt als ein Ehrenamt.

§ 2. Der Ärztekammerausschuß hat die Aufgabe, innerhalb der den Ärztekammern zugewiesenen Zuständigkeit eine vermittelnde Tätigkeit auszuüben, und zwar sowohl zwischen dem Minister der Medizinalangelegenheiten und den Ärztekammern, als auch zwischen diesen untereinander.

Insbesondere liegt demselben ob:

1. die Vorberatung der von dem Minister ihm überwiesenen Vorlagen; zu diesem Zweck hat er die Vorlagen den Ärztekammern zur Beratung und Beschlußfassung mitzuteilen, die Ergebnisse der Beratung und die Beschlüsse der Ärztekammern zusammenzustellen und . . . . . an den Minister gutachtlich zu berichten;
2. die Vorberatung der von einzelnen Ärztekammern oder von Mitgliedern des Ärztekammerausschusses an ihn gerichteten Anträge; zu diesem Zweck hat er die Anträge den Ärztekammern zur Beratung und Beschlußfassung mitzuteilen, nach den Ergebnissen der Beratung die Anträge im Sinne der Mehrheit der gefaßten Beschlüsse zu erledigen und hiervon die Ärztekammern zu benachrichtigen.

Die Zuständigkeit der Ärztekammern wird durch den Ärztekammerausschuß nicht beschränkt.

§ 4. Der Ärztekammerausschuß wählt aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und einen Stellvertreter . . . . . .

Der Vorsitzende beruft . . . . . jährlich . . . . . in der Regel wenigstens einmal die Mitglieder zu Sitzungen und leitet in denselben die Verhandlungen.

Die Berufung erfolgt mittelst schriftlicher Einladung . . . . . spätestens 14 Tage vor der Sitzung . . . . . .

Mitglieder, welche am Erscheinen behindert sind, haben hiervon behufs Einladung der Stellvertreter dem Vorsitzenden rechtzeitig Anzeige zu machen . . . . .

Preußisches Gesetz betreffend die ärztlichen Ehrengerichte, das Umlagerecht und die Kassen der Ärztekammern, vom 25. November 1899.

§ 1. Für den Bezirk jeder Ärztekammer wird ein ärztliches Ehrengericht, für den Umfang der Monarchie ein ärztlicher Ehrengerichtshof gebildet.

§. 2. Die Zuständigkeit des Ehrengerichts erstreckt sich auf die approbierten Ärzte mit Ausnahme:

1. derjenigen, für welche ein anderweit geordnetes staatliches Disziplinarverfahren besteht;
2. der Militär- und Marineärzte;
3. der Militär- und Marineärzte des Beurlaubtenstandes während ihrer Einziehung zur Dienstleistung.

Die der Zuständigkeit des Ehrengerichts zu 1 und 2 nicht unterworfenen Ärzte sind bei den Wahlen für das Ehrengericht weder wahlberechtigt noch wählbar.

§ 3. Der Arzt ist verpflichtet, seine Berufstätigkeit gewissenhaft auszuüben und durch sein Verhalten in Ausübung seines Berufs sowie außerhalb desselben sich der Achtung würdig zu zeigen, die sein Beruf erfordert.

Ein Arzt, welcher die ihm obliegenden Pflichten verletzt, hat die ehrengerichtliche Bestrafung verwirkt.

Politische, wissenschaftliche und religiöse Ansichten oder Hand-

lungen eines Arztes als solche können niemals den Gegenstand eines ehrengerichtlichen Verfahrens bilden....

Auf Antrag eines Arztes muß eine ehrengerichtliche Entscheidung über sein Verhalten herbeigeführt werden.

§ 4. Das Ehrengericht hat zugleich als Ehrenrat die Beilegung von Streitigkeiten zu vermitteln, welche sich aus dem ärztlichen Berufsverhältnisse zwischen Ärzten oder zwischen einem Arzte und einer anderen Person ergeben.

Bei Streitigkeiten zwischen einem Arzte und einer anderen Person findet das Vermittlungsverfahren nur auf Antrag der letzteren statt.

Der Vorsitzende des Ehrengerichts kann die Vermittlung einem Mitglied übertragen.

§ 5. Kommen in bezug auf einen der im § 2 Nr. 1 bis 3 bezeichneten Ärzte Tatsachen zur Kenntnis des Ehrengerichts, welche, wenn sie in bezug auf einen anderen Arzt vorlägen, ein ehrengerichtliches Verfahren nach sich ziehen würden, so hat das Ehrengericht hiervon der vorgesetzten Dienstbehörde des Arztes Mitteilung zu machen.

Die vorgesetzte Dienstbehörde des Arztes wird, sofern nicht dienstliche Interessen entgegenstehen, das Ehrengericht von dem Ausgange des Verfahrens benachrichtigen.

§ 6. Zuständig ist das Ehrengericht derjenigen Kammer, in deren Bezirke der Arzt, gegen welchen das ehrengerichtliche Strafverfahren oder der Antrag auf ehrengerichtliche Vermittlung gerichtet ist, zur Zeit der Erhebung der Klage oder der Einreichung des Antrags seinen Wohnsitz oder in Ermanglung desselben seinen Aufenthalt hatte.

Streitigkeiten über die Zuständigkeit eines Ehrengerichtes werden von dem Ehrengerichtshof endgültig entschieden.

Wenn der Ehrengerichtshof das Vorhandensein von Gründen anerkennt, aus welchen die Unbefangenheit des Ehrengerichts bezweifelt werden kann, so tritt an die Stelle des letzteren ein anderes von dem Ehrengerichtshofe zu bezeichnendes Ehrengericht.

§ 7. Das Ehrengericht besteht:

1. aus dem Vorsitzenden und drei Mitgliedern der Ärztekammer. Die Ärztekammer wählt die letzteren sowie vier Stellvertreter aus ihrer Mitte für die Dauer ihrer Amtszeit und bestimmt die Reihenfolge, in welcher die Stellvertreter zu berufen sind. Gehört der Vorsitzende der Ärztekammer zu den im § 2 bezeichneten Ärzten, so ist an seiner Stelle von der Ärztekammer ein viertes Mitglied des Ehrengerichts zu wählen;
2. aus einem von dem Vorstande der Ärztekammer für die Dauer von sechs Jahren gewählten richterlichen Mitglied eines ordentlichen Gerichts, für welches zugleich ein richterlicher Stellvertreter zu wählen ist.

... Die Geschäfte des Ehrengerichts werden von den ärztlichen Mitgliedern unentgeltlich geführt; bare Auslagen werden ihnen jedoch erstattet; außerdem erhalten sie Tagesgelder und Reisekosten nach den von der Ärztekammer zu bestimmenden Sätzen.

§ 8. Das Ehrengericht beschließt und entscheidet nach absoluter Stimmenmehrheit in der Besetzung von fünf Mitgliedern.

Zu jeder dem angeschuldigten nachteiligen Entscheidung, welche die Schuldfrage betrifft, ist jedoch eine Mehrheit von vier Fünftel der Stimmen erforderlich.

Die das Verfahren leitenden Beschlüsse des Ehrengerichts können mittelst schriftlicher Abstimmung gefaßt werden....

Die bei einer Angelegenheit beteiligten oder für befangen erklärten Mitglieder

des Ehrengerichts sind bei einer Beschlußfassung oder Entscheidung über dieselbe ausgeschlossen und werden durch Stellvertreter ersetzt. Der Ausschluß und die Ersetzung durch Stellvertreter tritt ohne weiteres ein, wenn die betreffenden Mitglieder des Ehrengerichts sich selbst für beteiligt oder für befangen erklären; andernfalls entscheidet darüber endgültig der Ehrengerichtshof ....

§ 9. Den Vorsitz des Ehrengerichts führt der Vorsitzende der Ärztekammer, oder, falls dieser zu den in § 2 bezeichneten Ärzten gehört, den Vorsitz ablehnt oder sonst dauernd behindert ist, ein von den Mitgliedern des Ehrengerichts aus ihrer Mitte für die Dauer ihrer Amtszeit zu wählender Vorsitzender.

Der Vorsitzende vertritt das Ehrengericht nach außen ....

Er beruft die Sitzungen ....

Bei zeitweiliger Behinderung wird der Vorsitzende des Ehrengerichts durch den stellvertretenden Vorsitzenden vertreten.

§ 10. Die Ärzte im Bezirke des Ehrengerichts sind verpflichtet, im Vermittlungsverfahren die verlangten Aufschlüsse zu geben, auch, wenn es wegen Streitigkeiten zwischen Ärzten schwebt, auf die an sie ergehenden Ladungen zu erscheinen und den dieserhalb erlassenen Anordnungen des Ehrengerichts und seiner beauftragten Mitglieder Folge zu leisten.

Zur Erzwingung einer solchen Anordnung können Geldstrafen bis zum Gesamtbetrage von dreihundert Mark festgesetzt werden. Der Festsetzung einer Strafe muß deren schriftliche Androhung vorangehen.

Gegen die Anordnungen oder Straffestsetzungen eines beauftragten Mitglieds des Ehrengerichts findet Beschwerde an das Ehrengericht statt.

§ 11. Gerichts-, Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbehörden sind, soweit ein dienstliches Interesse nicht entgegensteht, verpflichtet, auf Ersuchen des Ehrengerichts oder seiner beauftragten Mitglieder behufs Aufklärung des Tatbestandes Auskunft zu erteilen.

Das Ehrengericht und seine beauftragten Mitglieder sind berechtigt, auch die Ortspolizeibehörden um Auskunft oder um protokollarische Vernehmungen von Personen zu ersuchen.

Das Recht, Zeugen oder Sachverständige eidlich zu vernehmen oder die Gerichte um Vernehmung von solchen zu ersuchen, steht dem Ehrengericht und seinen beauftragten Mitgliedern nur in förmlichen ehrengerichtlichen Strafverfahren zu.

§ 12. Die allgemeine Staatsaufsicht über den Geschäftsbetrieb des Ehrengerichts führt der Oberpräsident.

Im ehrengerichtlichen Strafverfahren wird derselbe durch einen .... Beauftragten vertreten ....

§ 15. Die ehrengerichtlichen Strafen sind: 1. Warnung, 2. Verweis, 3. Geldstrafe bis zu 3000 Mark, 4. auf Zeit beschränkte oder dauernde Entziehung des aktiven und passiven Wahlrechts zur Ärztekammer.

Verweis, Geldstrafe und Entziehung des Wahlrechts können gleichzeitig als Strafe ausgesprochen werden.

In besonders geeigneten Fällen kann auf Veröffentlichung der ehrengerichtlichen Entscheidung erkannt werden.

Die Veröffentlichung erfolgt durch die von dem Ehrengericht alljährlich bestimmten Blätter, falls das Ehrengericht nicht in dem einzelnen Falle eine andere Art der Veröffentlichung für angemessen erachtet. Die Kosten der Veröffentlichung gehören zu den Kosten des ehrengerichtlichen Verfahrens.

§ 16. Ist gegen einen Arzt wegen einer strafbaren Handlung die öffentliche Klage erhoben worden, oder das Verfahren auf Zurücknahme der Approbation eingeleitet, so ist während der Dauer jenes

Verfahrens wegen der nämlichen Tatsachen das ehrengerichtliche Verfahren nicht zu eröffnen und das eröffnete auszusetzen.

Ist im gerichtlichen Strafverfahren auf Freisprechung oder auf Einstellung des Verfahrens erkannt, oder ist das Verfahren auf Zurücknahme der Approbation eingestellt, so findet wegen derjenigen Tatsachen, welche in dem vorangegangenen Verfahren zur Erörterung gelangt sind, ein ehrengerichtliches Verfahren nur insofern statt, als diese Tatsachen an sich und unabhängig von dem Tatbestand einer im Strafgesetze vorgesehenen Handlung oder des § 53 der Reichsgewerbeordnung die ehrengerichtliche Bestrafung begründen.

Ist im gerichtlichen Strafverfahren eine Verurteilung ergangen, auf Grund deren die Verwaltungsbehörde die Approbation nicht oder nur auf Zeit zurücknehmen kann, so beschließt das Ehrengericht, ob außerdem das ehrengerichtliche Verfahren zu eröffnen oder fortzusetzen ist.

Wird nach Eröffnung oder Fortsetzung des ehrengerichtlichen Verfahrens die Approbation des Angeschuldigten dauernd zurückgenommen, so ist das ehrengerichtliche Verfahren einzustellen. Veröffentlichung des Einstellungsbeschlusses ist nach Maßgabe des § 15 zulässig.

Kann im gerichtlichen Strafverfahren eine Hauptverhandlung nicht stattfinden, weil der Angeklagte abwesend ist, so findet die Vorschrift des Absatz 1 keine Anwendung.

§ 17. Warnung, Verweis und Geldstrafen bis zu 300 Mark können .... ohne förmliches ehrengerichtliches Verfahren durch Beschluß des Ehrengerichts verhängt werden.

In jedem Falle ist jedoch der Angeschuldigte über die ihm zur Last gelegte Verfehlung zu hören.

Dem Angeschuldigten und dem Beauftragten des Oberpräsidenten steht das Recht zu, vor der Beschlußfassung auf Eröffnung des förmlichen ehrengerichtlichen Verfahrens anzutragen. Die Ablehnung des Antrags ist nur bei gleichzeitiger Einstellung des nichtförmlichen ehrengerichtlichen Verfahrens zulässig.

§ 18. Ein nach § 17 Abs. 1 gefaßter Beschluß ist in schriftlicher, mit Gründen versehener Ausfertigung dem Angeschuldigten und dem Beauftragten des Oberpräsidenten zuzustellen.

Beiden Teilen steht die Beschwerde an den Ehrengerichtshof zu.

Die Beschwerdefrist beträgt einen Monat und beginnt mit der Zustellung des Beschlusses.

§ 20 bis § 34 enthalten Formalitäten des ehrengerichtlichen Verfahrens.

§ 35. Das Ehrengericht kann .... die Vernehmung von Zeugen und Sachverständigen durch einen ersuchten Richter oder in der Hauptverhandlung anordnen ....

§ 36. Die Hauptverhandlung kann stattfinden, auch wenn der Angeschuldigte trotz Vorladung nicht erschienen ist.

Eine öffentliche Ladung oder Vorführung des Angeschuldigten ist zulässig.

Der Angeschuldigte kann sich durch einen Rechtsanwalt oder einen Arzt vertreten lassen. Das Ehrengericht kann jedoch jederzeit das persönliche Erscheinen des Angeschuldigten unter der Verwarnung anordnen, daß bei seinem Ausbleiben ein Vertreter nicht werde zugelassen werden.

§ 37. Die Hauptverhandlung schließt mit der Verkündung der Entscheidung. Dieselbe kann nur auf Freisprechung oder Verurteilung lauten.

Das Ehrengericht urteilt dabei nach seiner freien Überzeugung.

Eine Ausfertigung der mit Gründen versehenen Entscheidung ist dem Angeschuldigten zuzustellen.

§ 39. Gegen die Entscheidung des Ehrengerichts steht sowohl dem Vertreter der Anklage, als dem Angeschuldigten die Berufung an den Ehrengerichtshof zu.

Die Berufung ist bei dem Ehrengerichte .... schriftlich einzulegen; doch genügt zur Wahrung der Berufungspflicht auch die Einlegung bei dem Ehrengerichtshofe.

Von seiten des Angeschuldigten kann die Einlegung der Berufung durch einen Bevollmächtigten geschehen.

Die Berufungsfrist beträgt einen Monat und beginnt .... mit dem Ablaufe des Tages, an welchem dem Angeschuldigten die Ausfertigung der Entscheidung zugestellt ist.

§ 40. Ist die Berufung verspätet eingelegt, so hat das Ehrengericht das Rechtsmittel als unzulässig zu verwerfen.

Der Vertreter der Anklage und der Angeschuldigte können binnen einer Woche nach Zustellung des Beschlusses auf die Entscheidung des Ehrengerichtshof antragen.

§ 41. Zur schriftlichen Rechtfertigung der Berufung steht dem einlegenden Teile eine vom Ablaufe der Einlegungsfrist ab zu berechnende Frist von zwei Wochen offen.

Die Schriftstücke .... sind, wenn der Vertreter der Anklage die Berufung eingelegt hat, dem Angeschuldigten in Abschrift zuzustellen, und falls die Berufung seitens des Angeschuldigten eingelegt worden ist, dem Vertreter der Anklage in Urschrift vorzulegen.

Innerhalb zwei Wochen .... kann der andere Teil eine Beantwortungsschrift einreichen.

Die Fristen .... können .... auf Antrag verlängert werden.

Neue Tatsachen, welche die Grundlage einer anderen Beschuldigung bilden dürfen in der Berufungsinstanz nicht vorgebracht werden.

§ 43. Der Ehrengerichtshof besteht:

1. aus dem Leiter der Medizinalabteilung des Ministeriums der Medizinalangelegenheiten oder in dessen Behinderung aus dem rechtskundigen Mitgliede dieser Abteilung als Vorsitzenden;
2. aus vier Mitgliedern des Ärztekammerausschusses;
3. aus zwei anderen Ärzten.

Die letzteren und zwei Stellvertreter werden von dem König ernannt.

Die vier Mitglieder des Ärztekammerausschusses und vier Stellvertreter werden von dem Ärztekammerausschusse .... gewählt ....

Die ärztlichen Mitglieder des Ehrengerichtshofs und deren Stellvertreter müssen zu den für das Ehrengericht wahlberechtigten Ärzten gehören.

§ 44. Der Ehrengerichtshof beschließt und entscheidet nach absoluter Stimmenmehrheit in der Besetzung von sieben Mitgliedern.

Zu jeder dem Angeschuldigten nachteiligen Entscheidung, welche die Schuldfrage betrifft, ist jedoch eine Mehrheit von fünf Siebentel der Stimmen erforderlich.

Ein Mitglied, welches bei der angefochtenen Entscheidung mitgewirkt hat, ist von der Teilnahme .... in der Berufungsinstanz ausgeschlossen.

§ 46 (i. d. F. d. G. v. 27. 7. 1904). Für das ehrengerichtliche Verfahren werden nur bare Auslagen in Ansatz gebracht.

Der Betrag der entstandenen Kosten ist von dem Vorsitzenden des Ehrengerichts festzusetzen ....

Der Angeschuldigte hat die Kosten zu tragen, wenn er zur Strafe verurteilt wird.

Wenn ein Angeschuldigter nur in Ansehung eines Teiles der ihm zur Last gelegten standeswidrigen Handlungen verurteilt wird, durch Verhandlung der übrigen Fälle aber besondere Kosten entstanden sind, so ist er von deren Tragung zu entbinden.

Ist ein Verfahren durch eine wider besseres Wissen gemachte oder auf grober Fahrlässigkeit beruhende Anzeige veranlaßt worden, so kann das Ehrengericht dem Anzeigenden, nachdem derselbe gehört worden ist, die im Verfahren erwachsenen Kosten auferlegen. Gegen die Entscheidung des Ehrengerichts findet binnen einem Monat nach deren Zustellung die Beschwerde an den Ehrengerichtshof statt.

Kosten, welche weder dem Angeschuldigten noch dem Anzeigenden auferlegt sind oder von dem Verpflichteten nicht eingezogen werden können, fallen der Kasse der Ärztekammer zur Last.

Dieselbe haftet den Zeugen und Sachverständigen für die ihnen zukommende Entschädigung im gleichen Umfange, wie in Strafsachen die Staatskasse. Bei weiter Entfernung des Aufenthaltsortes der geladenen Personen ist denselben auf Verlangen ein Vorschuß zu geben.

Namenregister.

Abeles 124.
Alexander 39, 241.
Althoff 288.
Altona 102.
Appelius 243.
Aub 229.

Baer 133.
Baemler 243.
Bayern 241.
Becher 229.
Bielefeldt 82.
Binding 223.
Bockendahl 243.
Boas 124.
Bonn 48, 50.
Breslau 228.
Brückmann 209.

Curschmann 125.

Dietrich 201.
Dohna, Graf 201.
Dresden 228, 231.
Dölger 243.
Donaueschingen 227.
Dumestrey 119.
Düsseldorf 228.

Egger 243.
Engelmann 243.
Erb 238.
Erben von 126, 130.
Erichsen 131.
Erlangen 228.

Feilchenfeld 243.
Finger 221.
Florschütz 97.
Flügge 198, 204.
Fraenkel 228, 229.
Freund 117, 126.
Freitag, Gustav 238.
Fromme 243.
Fürth 162.
Fuchs 130.
Fürst 145.
Fürstner 105.

Gaupp 103.
Gaupp-Stein 220.
Graf Dohna 201, 223.
Graf 229.
Golabiewski 243.
Goldscheider 243.
Graßmann 178.
Golz, von 243.
Groben 243.
Groenow 134.
Grotjahn 82.

Halle 227.
Hamburg 227.
Hackländer 101.
Hansemann, von 10.
Hamm 196, 202.
Hartmann 39, 145, 231.
Heimberger 197, 201.
Hellwig 243.
Heinemann 243.
Heinze 229.
Hoche 103.
Hoeßlin, von 125.
Hoffmann 103, 119, 124.

Kade 181, 184.
Kaufmann 101, 121.
Kirch 243
Kirchberg 208.
Kirchner 167, 168.
Kocher 131.
Kömstedt 49.
Königsberg 228.
Kümmell 243
Kutner 238.
Kußmaul 161.

Landsberg 216, 221.
Lassale 28.
Lautenschläger 168.
Ledderhose 67, 68.
Leersum 124.
Leppmann 243.
Liebmann 219, 220
Lilienthal, von 201.
Liniger 67, 68.
Linkenheld 243.
Löbker 229.
Lohmar 67.

Mannkoppf 121.
Marcuse 243.
Mayet 243.
Menier 126.
Müller 121.
Mugdan 44.

Neuberger 243.
Nonne 103, 115.
Notnagel 16.
Nürnberg 162, 231.

Oken 227.
Oppenheim 115, 201.

Patry 133.
Peiper 244.
Pfeiffer 145, 229.
Placzek 244.

Quincke 18, 236.

Raybaud 134.
Rapmund u. Dietrich 245.
Renvers 149.
Reinhold 245.
Roderbirken 81.
Roth 163, 245.
Rumpf 121, 130.
Sachs 117, 126.
Sachsen 241.
Sander 229.

Seelmann 245.
Sayffaerth 147, 245.
Schlechtendahl 219.
Schmidt 220, 221, 223.
Scholl 245.
Schönbein-Almèn'sche 124.
Schultze 202.
Schumm 124.
Sschuster 117.
Spaeth 245.
Schwanck 67.
Spieß 223
Steiner 116.
Stephani 145.
Strümpel 105.

Teichmann 120.
Thiem 131, 140.

Uhlenhuth 120.

Varrentrapp 228.
Virchov 34, 228.
Walb 134.
Wallichs 229.
Wegner 124.
Wiesbaden 288.
Wick-Roth 134.
Windscheid 101, 116, 132.

Ziemßen 178.
Zimmer 149.
Zitelmann 196, 197, 202, 216, 223.

Sachregister.

Achillodynie 129.
Ärzteausschuß 40.
Ärztekammern 12, 40, 175. 275.
Ärztenkammerausschuß 177.
Ärztenvereinsbund, deutscher 147, 229.
Ärztewahl, freie 5, 6, 40, 190, 235.
Akkumulatoren 156.
Aktinomykose 65.
Alkoholismus 10, 101.
Altersrente 78.
Altersversicherung 76.
Aneurysma 70.
Angehörigen, bedürftige 58.
Angstzustände 133.
Ankleideräume 157.
Ankylostomum 162.
Anstalten 21.
Antimon 161.
Anzeigepflicht übertragbarer Krankheiten 165.
Apotheker 148.
Approbation 17, 246.
Arbeitergesetzgebung 29.
Arbeiterwohnungen 11.
Arbeitgeber 33, 61.
Arbeitnehmer 33, 61.
Arbeitsanzüge 159.
Arbeitslosigkeit, unverschuldete 57.
Arbeitsräume 156.
Armenarzt 9.
Arsenik 161.
Arteriosklerose 118, 129.
Arthritis deformans 129.
Arzneien 148.
Arztwechsel 22.
Ausbildung der Aerzte 6.
Auskunft, ärztliche 25.
Aussatz 165.
Autosuggestion 8.

Bäder 1.
Bahnärzte 146.
Basisfractur 115.
Baukrankenkassen 31.
Begutachtung 70.
Behandlung, freie ärztliche 35, 56.
Behandlung, psychische 44, 103.
Beiträge 77.
Beitragsrückerstattung 78.
Benommenheit 115.
Beratungsstelle für Tuberkulose 148.
Beriberi 66.
Berufsgeheimnis 213.
Berufsgenossenschaften 21, 59.
Berufsinvalidität 88.
Berufskrankheiten 52, 65.
Beschäftigungen, gewinnbringende 19.
Betrieb 61.
Betriebsbeamte 56.
Betriebkrankenkassen 31.
Betriebsunfall 61.
Betriebsunfall, Anzeige desselben 62.
Blei 156.
Bleiintoxikation 118.
Blinddarmentzündung 94.
Blitzschag 67.
Blutarmut 81.
Bluterguß 70.
Bluthusten 120.
Blutungen 116.
Bronchitis 88.
Brust 120.
Buchführung 238.
Bürgerliches Gesetzbuch 12, 250.

Cholera 165.
Chromate 156.

Dampfkessel 154.
Darmkatarrh 123.
Dementia paralytica 136.
Deputation, wissenschaftliche für das Medizinalwesen 174.
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 81.
Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege 147.
Deutscher Verein gegen den Mißbrauch geistiger Getränke 81.
Diabetes insipidus 27, 66.
Diabetes mellitus 66.
Dienstboten 27.
Dienstvertrag 194.
Diphtherie 165.
Dissimulation 99, 104, 135.
Disziplinarverfahren 181.
Doktortitel 19.
Dysbasia angiosklerotika 129.
Dystrophia muskularis 109.

Ehrengerichte 12, 178, 279.
Ehrengerichtshof 178, 283.
Ehrenrechte, bürgerliche 19.
Eingriffe, operative 25.
Einigungskommissionen 41.
Einzelleistung 46.
Eisenbahnen 100.

Emphysem 88.
Energie 102.
Epilepsie 94, 107, 133.
Erfrieren 67.
Ernährung. mangelhafte 101.
Erscheinungen, vasomotorische 132.
Erziehung, unzweckmässige 101.
Ethik 193.

Faeces 123.
Feststellung, anderweitige 57.
Fleckfieber 165.
Fortbildung der Ärzte 238.
Frakturen 70.
Fruchtabtreibung 210.
Funktionsprüfung 121.

Gang der Untersuchung 110.
Gas, giftiges 66.
Geburtsanzeige 182.
Gedächtnisschwäche 115.
Gefängnisärzte 177.
Geisteskrankheit 106.
Gelbfieber 66, 165.
Gelenkrheumatismus 94.
Gemeindekrankenversicherung 31.
Genesungshäuser 83.
Genickstarre 165.
geschäftsfähig 194.
Geschworene 143.
Geschwüre, artifizielle 105.
Gesellschaft zur Bekämpfund der Geschlechtskrankheiten 147.
Gesetze, soziale 1.
Gesichtsfeld 133.
Gesundheitskommission 173.
Gesundheitspflege 145.
Gesundheitsschein 145.
Gewerbe 65.
Gewerbeaufsichtsbeamte 157.
Gewerbehygiene 153.
Gewerbeunfallversicherungsgesetz 258.
Gewerbeunternehmer 154.
Gewohnheitstrinker 78.
Gicht 81.
Glashütten 157, 162.
Gutachten 63, 138.

Hämorrhoiden 128.
Haftbarkeit für entsprechenden Schaden 209.
haftpflichtig 74.
Haftpflichtgesetz 28, 54.
Haftpflicht für Assistenten 208.
Handlungen unzüchtige 210.
Hausarzt 92.
Hebammen 148.
Heilplan 24.
Heilverfahren 9, 58.
Herzaffektionen 121.
Herzleiden 81, 94.
Herzschlag 65.
Herztätigkeit 117.
Hilflosigkeit, völlige 57, 71.
Hilfskassen 29.
Hilfskassen. eingeschriebene 31.
Hilfskassen. landesrechtliche 31.
Hinterbliebene 68.
Hitzschlag 67.
Höhe der Versicherung 91.
Honorierung der Ärzte 45.
Hysterie 66, 104, 131.

Impfärzte 143.
Impfgesetz 274.
Influenza 166.
Inhalation von Staub 157.
Innungskassen 29.
Interkostalnerven 121.
Invalidenheim 83.
Invalidenversicherung 76, 85, 263.
Invalidität 76.
Irregularität des Pulsus 122.
Ischias 129.

Kaiserin Friedrichhaus 238.
Kapitalabfindung 57.
Kellner 153.
Keuchhusten 166.
Kindbettfieber. übertragbares 165.
Kinderarbeit 155.
Knappschaftsarzt 147.
Knappschaftskassen 29.
Körnerkrankheit 165.
Körpergewicht 133.
Konsultation 23.
Kontraktur 129.
Kontrollkommission 43.
Kontusion des Kopfes 115.
Krankenfürsorge 77.
Krankengeld 35.
Krankenhaus 35.
Krankenkassen 21.
Krankenkassenärzte 39.
Krankenkassenstatistik 34.
Krankenpflege auf dem Lande 82—83.
Krankenpfleger 149.
Krankenpflegerinnen 149.
Krankenschein 43.
Krankenversicherungsgesetz 29, 252.
Kreisarzt 19, 152, 173.
Kreiskommission 42.
Krieg 94.
Kunstfehler und fahrlässige Körperverletzung 204.
Kunstwollfabriken 158.
Kurpfuscher 70.
Kurpfurschereiverbot 19, 150.
Kurpfurschertum 6.
Kurkosten 91.

Lage, hilflose 184.
Lateralsklerose, amyotrophische 137.
Lebensgefahr 183.
Lebensversicherung 93.
Leberleiden 124.
Lehrer 145.
Leipziger Verband 12, 21, 39, 231.
Löbker 229.
Lumbalneuralgie 127.
Lungenkatarrh 94.
Lungenkrankheiten 88.

Magenkrebs 87.
Malaria 166.

Medizinalangelegenheiten 174.
Medizinalpraktikant 17.
Medizinaluntersuchungsämter 168.
Medizinalwesen 174.
Medizin, soziale 2.
Metallschleifereien 158.
Milzbrand 65.
Ministerium 174.
Mittel der Berufsgenossenschaft 59.
Mittelstandskrankenkasse 51.
Mobilmachungsfall 144.
Morbus Basedowii 130.
Mündel 27.
Muskelkraft 126.
Muskelwogen, fibrilläres 130.
Mutterberatung 148.

Narkose 58.
Naturalleistungen 78.
Naturforscherversammlung 227.
Naturheilmethode 152.
Naturheilverein 192.
Nephritis, chronische 118.
Nephritis, subakute 109.
Neurasthenie 66, 131.
Neurose, traumatische 68.
Niederlassung 19.
Nieren 94.
Nierenblutungen 124.
Nitrobenzol 162.
Notwehr 224.
Notzucht 210.

Offenbarung, erlaubte 215.
Offenbarungspflicht 217.
Ohrenuntersuchung 116.
Operationen 58, 200.
Orthodiagraphie 122.
Ortsarmenverband 143.
Ortskrankenkasse 31.
Ortspolizeibehörde 62.

Paralysis agitans 130.
Pest 165.
Pflichtenkollision des Arztes 225.
Phloridizindiabetes 124.
Phosphor 156, 160.
Phosphoroxychlorid 162.
Plattfuss 129.
Pleuritis 121.
Pocken 165.
Polybragmasie 46.
Porzellanstaub 158.
Postvertrauensärzte 146.
Potatorenneuralgie 129.
Privatkrankenhäuser 21, 247.
Provinzialausschuß 60.
Provinzialkollegium 174.

Quecksilber 156. 161.

Rachitis 10.
Ratgeber der Kasse, hygienischer 52.
Rauch 154.
Rechtsschutzverein 239.
Reflexe 126.
Regierungs- und Medizinalrat 174.
Reichsgesundheitsamt 174.
Reichsgesundheitsrat 174.
Reichsgewerbeordnung 12, 249.
Reichsstrafgesetzbuch 247 f.
Reichsversicherungsamt 60, 84.
Reichsseuchengesetz 268.
Reichszuschuß 78.
Reisen 94.
Rekonvaleszentenfürsorge 36.
Rente 53.
Reservefonds 60.
Respiratoren 160.
Rheumatismus 81.
Rippenbrüche 121.
Röntgenschirm 120.
Rose 166.
Rotz 65.
Rückfallfieber 165.
Ruhr, übertragbare 165.
Ruß 154.

Sachverständige 62, 142.
Säuglingsfürsorge 11.
Samariterverein 150.
Schätzung der Erwerbsbeschränkung 72.
Schanker 172.
Schaustellungen, theatralische 155.
Schiedsgerichte 8, 84.
Schiedsgericht für Arbeiterversicherung 60.
Schlägereien 36.
Schlaflosigkeit 119.
Schließung der Schule 170.
Schmerzhaftigkeit 118.
Schöffen 143.
Schwefelkohlenstoff 161.
Schweißausbruch 122.
Schwindel 115, 118.
Schularzt 9, 144.
Selbstversicherung 76.
Selbstverwaltung 32, 61.
Sensibilitätsstörungen 124.
Seuchen 94.
Simulation 8, 99, 104, 114.
Sklerose, multiple 137.
Skorbut 65.
Sperre, ärztliche 235.
Spezialarzt 17, 237.
Spiegelfabriken 162.
Sprechstundentätigkeit 122.
Sputum 120.
Stadtärzte 147.
Standesbeziehungen 191.
Statut 60.
Stellenvermittlung, ärztliche 236.
Sterbegelder 35, 56.
Strafgesetzbuch 12.
Suggestion 104.
Syphilis hereditäre 101, 172.
Syringomyelie 137.

Tabes 137.
Tagelohn, ortsüblicher 37.
Tarsalgie 129.
Todesfallanzeige 182.
Tremor, toxischer 130.
Trinkerheilanstalten 82.
Tripper 172.
Tuberkulininjektionen 120.
Tuberkulose 82, 101.
Tuberkulosenheim 82.

Überschreitung der gewöhnlichen Leistung 65.
Übertreibung 8, 140.
Umgestaltung der Krankenkassengesetze 52.
Unfälle 52, 61, 64.
Unfallchirurgie 44.
Unfallverhütungsvorschriften 59.
Unfallversicherung 54.
Unfallversicherung, private 90.
Unglücksfälle gemeiner Gefahr 183.
Universitätsinstitute, hygienische 168.
Unterbietungen 39.
Unterbindung der Erwerbsfähigkeit 191.
Unterleib 123.
Unterricht 150.

Verein, ärztlicher 21.
Vereinsleben, ärztliches 227.
Verein für Volkshygiene 147.
Verein gegen den Mißbrauch alkoholischer Getränke 147.
Verein Niederrheinischer für öffentliche Gesundheitspflege 147.
Vereinsblatt 229.
Versicherung, freiwillige 30, 56.
Versicherungsanstalten 77, 79.
Versicherungsbeitrag 32.
Versicherungsgesellschaft 21.
Versicherungszwang 30.
Versicherungszwang, fakultativer 30.
Vertragskommission 21, 40.
Vertrauensarzt 27, 43, 93.
Vertrauensmänner 163.
Vertretung 185.
Verwaltungsbehörde 85.
Volksheilstätte 83.
Vollrente 57.
Vollmundschaft 143.
Vulkanisierungsanstalten 156.

Wechsel des Aufenthaltsorts 166.
Weiterversicherung 76.
Winkelbureaus 70.
Wöchnerinen 35.

Zentralkomitee zur Bekämpfung der Tuberkulose 81.
Zentralsteile für Wohlfahrtseinrichtungen 147.
Zeuge 142.
Zeugnis, unrichtiges 209.
Ziegeleien 156.
Zigarrenfabriken 156.
Zinkhütten 156.
Zittern 130.
Zuschusshonorar 86.
Zwangsversicherung 55, 76.

Printed in Germany